

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**  
(da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**dichiara:**

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
  - di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
  - di non essere ricoverato a tempo pieno;
  - di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
  - di non prestare attività lavorativa;
  - di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
  - di voler essere assistito soltanto dal/dalla Sig. \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_
- Si allega copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_