

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat__ a _____
 _____ prov. (____) il _____, residente a _____
 _____-prov. _____ - Via _____

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

DICHIARA

- di essere in condizioni 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 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____
 _____-prov. _____ - il _____
 C.F. _____ e residente in _____
- _____ che fruisce dei permessi oppure di essere assisto
 alternativamente dal sig./dalla sig.ra _____
 nata a _____ -prov. _____ - il _____
 _____ C.F. _____ e residente in _____
 _____ e dal _____ sig./dalla
 sig.ra _____ nata a _____
 _____-prov. _____ - il _____
 C.F. _____ e residente in _____

i quali fruiscono dei permessi mensili.

All. doc. identità

Sora, _____

¹ Si prega di sottoscrivere in modo leggibile; in caso di incapacità alla firma il presente modulo va sottoscritto e presentato con firma autenticata presso il comune di residenza