DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscrit_____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_____;
- ☐ *(in alternativa)* 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;
- ☐ *(in alternativa)* di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente di_____grado del richiedente in quanto_____;
- ☐ di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra_____nata a _____prov._____il_____

C.F._____e residente in

_____

FIRMA

_____