

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 voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ -

il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità \_\_\_\_\_