

## DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ 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 non essere ricoverat\_\_ 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 assistit\_\_ soltanto dal/dalla sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Salerno, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_