

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
