

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt.....

nato/a a il

residente in..... (prov.....)

via/piazza..... cap.....

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione 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 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....
nato ail.....
CF.....
e residente aVia.....

Si allega copia del documento di riconoscimento n.
rilasciato da il

Luogo e data

Firma