

## 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 \_\_\_\_\_

Firma