

Oggetto: Dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. e relative sanzioni per dichiarazioni false e mendaci,

dichiara

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di _____ del _____;
- 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 di _____ grado del richiedente in qualità _____;
- di voler essere assistito/a soltanto dal
Sig./ra _____ nato/a _____ il
_____ CF _____ e residente a _____,
in Via _____;

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento _____

n. _____ rilasciato da _____ il _____.

_____, ____/____/____

IN FEDE

Firma _____