

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oggetto: dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 104/1992.

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 \_\_\_\_\_ 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 di \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ grado del richiedente in qualità di \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_