ALL. B

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. ( ), , residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.( ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

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 dal/la sig. re/ra nato/a a -prov. - il

C.F. e residente in \_

* di voler essere assistito dal/la sig.re/ra nato/a a -prov. - il

C.F. e residente in \_

* di voler essere assistito dal/la sig.re/ra nato/a a -prov. - il

C.F. e residente in \_

Firma

**NOTA BENE**:

nel caso in cui la persona disabile non sa o non può firmare a causa di un impedimento permanente, fare firmare la dichiarazione sottostante da un addetto pubblico ufficiale

**DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE NON SA O NON PUO’ FIRMARE**

Attesto che la dichiarazione di cui sopra è stata resa in mia presenza dal soggetto disabile, identificato mediante (estremi documento di riconoscimento …………………………………….. ) il quale ha altresì dichiarato:

* di non saper firmare
* di non poter firmare a causa di un impedimento permanente

Luogo e data Timbro e firma dell’addetto

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO PERSONA DISABILE**