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 104/92per 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 _____
- dal/la sig. re/ra_____
  nato/a a_____-prov._____- il _____
  C.F._____e residente in _____
- 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