

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(barrare le opzioni di interesse)

- 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 dal Sig./ra _____ nato/a _____ il _____ CF _____ e residente a _____, in Via _____;
- e 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 del dipendente