

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE o TUTORE LEGALE

I./la sottoscritt..... nato/a a  
..... il .....residente in.....  
prov..... via/piazza..... cap.....  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28  
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della  
Commissione Asl di.....il.....;
- o di non essere ricoverato a tempo pieno;
- o di non prestare attività lavorativa;
- o di essere parente di .....grado del richiedente in quanto.....;
- o di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato a  
.....il.....e residente a  
.....

Si allega copia del documento di riconoscimento

Firma .....

data.....