

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ - prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_  
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 essere a conoscenza del Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105 che ha riformulato il comma 3 dell'art.33 della legge 104/92 eliminando la figura del referente unico;

- di voler essere assistito dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

- di voler essere assistito dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

- di voler essere assistito dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

Data e luogo