All. 5

OGGETTO: dichiarazione dell’assistito ai sensi della Legge 104/92

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………….

.nato/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**

 di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di ……………

 Il…………………..

 di non essere ricoverata 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 qualità di………………………………………

di voler essere assistito/a soltanto dal Sig./ra……………………………………………………….

nato/a………………………………………il……………..C.F……………………………………

e residente a ……………………………………. in Via …………………………………………..

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento n………………………

rilasciato da …………………………………. Il ………………………………………………..….. .

Salice Salentino,

 Firma ……………………………………