

MOD. ALLEGATO 4

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in 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

ai fini dei diritti previsti dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92,

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con Decreto/ Verbale

- di essere/non essere vedovo/a del sig./ra _____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente/affine di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di scegliere quale familiare/affine che dovrà assistermi i signori:

1. _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
in Via _____

2. _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
in Via _____

Cerignola, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
