

**DICHIARAZIONE DEL CONIUGE/GENITORE/FRATELLI/SORELLE
DEL FAMILIARE DIVERSAMENTE ABILE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ prov. (____)
in via _____ n. _____

convivente

NON convivente

con il/la sig./a _____
(grado di parentela) _____, familiare disabile,
residente/domiciliato nel Comune di _____ prov. (____) in via
_____ n. _____,

D I C H I A R A

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per il seguente
motivo _____
e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dalla Legge 104/1992.

Si allega copia del seguente documento di identità in corso di validità:

1) Documento _____ n. _____ rilasciato
il _____ da _____

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (*codice in materia di protezione dei dati personali*) e ss.mm.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma

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 voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____ -prov. _____ - il _____
C.F. _____ e residente in _____