

Al. 3

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

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

dichiara

- di essere in condizione 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 104/1992 per
se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di grado del richiedente inquanto.....;
- di voler essere assistito/a dal Sig./ra..... nato/a
..... a il.....
C.F..... e residente a
- che anche i seguenti familiari sono referenti e che usufruiscono dei permessi lavorativi ai sensi
della legge 104/92 e del DLgs 30 giugno 2022, n. 105 e messaggio INPS n° 3096 del 05 agosto
2022.

Sig./ra _____ nato/a a _____ (Prov _____)
C.F. _____ residente _____ (Prov _____).

Sig./ra _____ nato/a a _____ (Prov _____)
C.F. _____ residente _____ (Prov _____).

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento

_____, Li _____

Firma

.....