

Oggetto: dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 104/1992

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
C.F. _____ residente a _____
In Via _____ n. _____

Dichiara

- ☐ Di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____ ;
- ☐ 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 _____ grado del richiedente in qualità di _____ ;
- ☐ Di voler essere assistito/a soltanto dal Sig./ra _____
Nato/a a _____
il _____ C.F. _____
e residente a _____
In Via _____
- ☐ Di voler essere assistito in alternativa dall'avente diritto, Sig./ra _____
Nato/a a _____
il _____ C.F. _____
e residente a _____

In Via _____

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento

n. _____, rilasciato da _____ il _____

Firma _____