

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE ATTESTANTE IL RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

Il _____ e residente a _____

In via _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 quanto segue:

- di essere soggetto in situazione di disabilità grave (art. 3 comma 3 della Legge 104/92) accertata con verbale della Commissione Asl di _____ il _____
- che Il/La Sig. _____ nato/a a _____ il _____ (grado di parentela) _____ è referente della sua assistenza;
- che Il/La Sig. _____ nato/a a _____ il _____ (grado di parentela) _____ è referente della sua assistenza;
- che Il/La Sig. _____ nato/a a _____ il _____ (grado di parentela) _____ è referente della sua assistenza;
- di non essere ricoverato a tempo pieno.
- Di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per sé stesso;
- Di non prestare attività lavorativa;

Allega copia del documento di riconoscimento.

Torre Annunziata _____

IN FEDE
