All. 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…….. CF…….. 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

_____, Lì_____

Firma

……