

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(soggetti maggiorenni)

da integrare richiesta del beneficiario di assistenza legge
104 e successive modifiche

Il/La sottoscritt _____ nato/a _____

prov. (_____) il _____ - , residente a _____

prov. _____ In 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, art 3 comma 3 legge 104, accertata con verbale

n. _____ dalla Commissione ASL di _____ del _____ scadenza _____

- di non essere ricoverato a tempo pieno;

- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 , per se
stesso ☐ sì ☐ no

- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____

- di voler essere assistito:

- esclusivamente (**referente unico**) dal/la sig./ra _____ nata

a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____ e residente in _____

in servizio presso ICS Cesareo Salgari per l'anno scolastico _____

oppure dai **seguenti referenti**

- 1. dal/la sig./ra _____ nata

a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

e residente in _____ Via _____

in servizio presso ICS Cesareo Salgari di Palermo in qualità di _____

per l'anno scolastico _____

- 2. dal/la sig./ra _____ nata

a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

e residente in _____ Via _____

in servizio presso _____ Via _____

città _____ email _____

- 3. dal/la sig./ra _____ nata

a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

e residente in _____ Via _____

in servizio presso _____ Via _____

città _____ email _____

Si allega documento di riconoscimento della persona disabile

Firma _____

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

da integrare richiesta del beneficiario di assistenza legge 104 e successive modifiche



NEL CASO DI IMPEDIMENTO DEL SOGGETTO DISABILE A FIRMARE

Spazio riservato al funzionario incaricato

attesto che tale dichiarazione è stata resa dal Sig..... (estremi documento di riconoscimento.....) il quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela)..... del Sig..... che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

.....

DICHIARAZIONE DELLA PERSONA TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE

Il/la Sig./ra.....nato/a
a.....il.....C.F.....residente in
.....prov via/piazza
cap.....in qualità di

€ tutore, € curatore, € amministratore di sostegno, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara che:

il/la Sig./ra nato/a
a.....il
C.F.....residente in
Indirizzo cap.....
non può firmare e che la richiesta di assistenza corrisponde alle reali esigenze della persona disabile

Luogo e data

Firma

SI allega documento di riconoscimento del tutore\curatore\amministratore di sostegno

