

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritt..... 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 in quanto.....;
- ☐ di scegliere quale familiare/affine che dovrà assistermi i signori:

1. _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ dipendente
privato/statale presso _____

2. _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ dipendente
privato/statale presso _____

3. _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a

_____ in Via _____ dipendente
privato/statale presso _____

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento

n..... rilasciato da.....il.....

Il sottoscritto autorizza questa Istituzione scolastica al trattamento dei propri dati personale
nel rispetto del Decreto Legislativo 196/03.

Palermo_____

Firma