

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI
SOSTEGNO MOLTO ELEVATO (ART. 3 COMMA 3 L.104/92)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____

residente a _____ prov. (_____) _____

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 persona con necessità di sostegno molto elevato accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- ☐ di essere in condizione di disabilità il cui stato di necessità di sostegno molto elevato è in corso di accertamento;
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;
- ☐ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- ☐ di voler essere assistito dal/la sig./ra _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____

residente in _____ prov. (_____) _____

via _____ n° _____

C.F. _____

Firma
