**DICHIARAZIONE DEL DISABILE MAGGIORENNE**

**Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal DPR 28/12/2000 N. 445 per il caso di dichiarazione false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.**

\_\_ l \_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat \_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere in condizioni di disabilità grave (art. 33, comma 1, 3 della legge 104/92) accertata dalla Commissione ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di non essere ricoverato/a a tempo pieno;

di non essere impegnato/a in attività lavorative

di essere assistito/a dal familiare Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da me prescelto per la propria l’assistenza.

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Se la firma non è apposta in presenza dell’impiegato, la presente dichiarazione

 deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)