

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA DISABILE O DELLA PERSONA CHE NE  
ESERCITA LA POTESTA'  
GENITORIALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA  
PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE  
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt ..... nato/a a  
..... il .....CF.....residente  
in..... prov..... via/piazza.....  
cap.....

(da compilare solo in caso di impossibilità della persona disabile) in qualità di:

**genitore**  **tutore**,  **curatore**,  **amministratore di sostegno** del Sig./ra  
.....nato/a a .....il.....  
CF.....residente a ..... 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 .....

- è parente di.....grado del Sig./ra.....in quanto.....;
- intende essere assistito dal:  
Sig./ra..... nato/a a.....il.....  
CF.....e residente a .....;
- Sig./ra..... nato/a a.....il.....  
CF.....e residente a .....;
- è in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L. n.104/92 riconosciuta con verbale della Commissione ASL di.....il.....;
- è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- non è ricoverato a tempo pieno;
- svolge attività lavorativa e di beneficia delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992;
- non presta attività lavorativa.

Si allega copia del documento di riconoscimento n..... rilasciato da.....il.....

Luogo e data

Firma .....