

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 46

COMUNE DI _____

OGGETTO: CENSIMENTO PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVE AI SENSI DELL' ART.3 COMMA 3 LEGGE 104/92

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....

Il.....e residente avia.....

n..... tel..... Codice fiscale.....

consapevole che, ai sensi dell' art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l' uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Per se stesso;

in qualità di familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo)..... del

Sig./Sig.ra

nato/a a.....il.....residente a

via.....codice fiscale.....

di trovarsi in condizione di disabilità grave ai sensi dell' art.3 comma 3 legge 104/92;

Allega alla presente istanza:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell' art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale sia del richiedente che del beneficiario.

Luogo.....data.....

Firma
