

Comune di _____

Oggetto: Censimento per persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Tel/cell _____

DICHIARA

- Di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/1992
- In qualità di _____ familiare di riferimento;
- In qualità di Amministratore di Sostegno
- In qualità di Tutore Legale

Che il/la Sig. _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Tel/cell _____

È affetto da disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992.

Allega alla presente istanza:

- Copia conforme all'originale della certificazione attestante la disabilità L.104/1992 art. 3 comma 3:
- Copia del Documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale (del dichiarante e/o del disabile grave)

Ai fini dell'accesso all' eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla sottoscrizione del Patto di servizio.

Luogo _____ data _____

Firma
