**All. 3**

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

 Il/la sottoscritto/a……………………….…………………………………………………………………………………………… nato/a a…………………………………….. il ……………………..…….residente in………….……………………………… prov……..… via/piazza……………………………………………………………..… cap……..……., C.F. ………………………………………………………… consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara

-di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di…………………………………………………………. il……………………….;

-di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

-di non essere ricoverato a tempo pieno;

-di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;

-di non prestare attività lavorativa;

-di essere parente di …….…. grado del richiedente in quanto…………………………………;

-di voler essere assistito/a dal Sig./ra…………………………………………..…… nato/a …………….…………… a ………………..…… il………………….. CF……………………………………….. e residente a ……………………………………..

-che anche i seguenti familiari sono referenti e che usufruiscono dei permessi lavorativi ai sensi della legge 104/92 e del DLgs 30 giugno 2022, n. 105 e messaggio INPS n° 3096 del 05 agosto 2022.

Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_) C.F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_resident\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov\_\_\_\_\_).

Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_) C.F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_resident\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov\_\_\_\_\_).

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento

………………………………………………………,……………………………..

 Firma ………………………………