**ALLEGATO A BIS**

**DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE NON SA O NON PUO’ FIRMARE**

Attesto che la dichiarazione in calce è stata resa in mia presenza dal soggetto disabile, identificato mediante (estremi documento di riconoscimento………………………….) il quale ha altresì dichiarato:

* di non saper firmare
* di non poter firmare a causa di un impedimento permanente

Luogo e data

Timbro e firma dell’addetto

…………………………………………………………….

**DATI E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ DEL SOGGETTO DISABILE**

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

Il/la sottoscritt………………………………………………………………………………………………………………….

nato/ a …………………………………….. il …………………………

CF…………………………………residente……………………………………………………………………………………

…………………..………………………………………………………………..in…………………………………………………

prov……..… via/piazza……………………………………………………………..cap……..…….

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:

* 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 Sig./ra………………………… in quanto……………………………………..;
* consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l’assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./r…………………………………………………………………….
* nato/a a ………………………………C.F………………………………… e residente a ……………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo e data……………………… Firma …………………………………………..