

Dichiarazione

La/il sottoscritta/o _____ nata/o _____

il ____/____/____ residente a _____ Prov. _____

Via/P.za _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere portatore di HANDICAP accertata da parte della competente Commissione Medica ai sensi e per gli effetti della Legge 104/1992;

- che gli è stata riconosciuta una percentuale d'invalidità nell'ordine del _____ % (per cento);

- di avere la seguente patologia invalidante: _____;

Allego la necessaria documentazione.

Luogo e data

_____, ____/____/____

Firma del/la dichiarante

* La firma non va autenticata.

N.B.: da compilare obbligatoriamente. Le domande incomplete o non regolarmente compilate non saranno accolte