



COMUNE DI BELMONTMEZZAGNO

Città Metropolitana di Palermo

SERVIZIO I

IL/La sottoscritto/a nato/a.....

.....il..... domiciliato in

Belmonte Mezzagno (PA) Via.....n.....tel.....

Codice Fiscale

CHIEDE

- Per se stesso
- Per il proprio figlio/a.....nato/a.....il
.....
- per il familiarenato/a.....il
.....

L'inserimento nell'elenco dei disabili gravi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, (Autocertificazione ai sensi della Leggen.127/97 e successive modifiche ed integrazioni e del D:P:R.n.445 del 28/12/2000)

DICHIARA

che la propria famiglia è così composta:

Cognome e Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Relaz. Di Parenti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si allegano:

- Fotocopia del verbale della Commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/1992
- Fotocopia di un documento valido di riconoscimento del caregiver familiare

Luogo e data

Firma