



**Invalidità:**

- Invalidità al 100% senza indennità di accompagnamento e/o con stato handicap grave L.104/92
- Invalidità al 100% con indennità di accompagnamento e/o con stato handicap grave L.104/92
- Invalidità inferiore al 100%

Il/la sottoscritto/a dichiara che il proprio nucleo familiare è composto per come segue:

Cognome Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Convivente: SI/NO	Residente a:

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di non usufruire di altro servizio di assistenza da parte del Comune o dei servizi sociali di zona. Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 D.P.R. 445/2000).  
E' informato ed autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D.Leg.vo n. 196/2003.

.....

(Luogo e data)

.....

(firma del richiedente)

Per l'autenticità della sottoscrizione prevista dall'art. 21 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 si allega copia fotostatica della .....n. .... rilasciata da .....il  
.....

(Art. 38, comma 3, del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

**ALLEGATI:**

- Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente (laddove diverso)
- Certificazione di invalidità e/o L.104/92
- Certificazione ISEE 2021
- Altro (specificare) .....