

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER FRUIRE DELLA PRECEDENZA L. 104/92
(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt _____

nat_ a _____ (____) il __/__/____ C.F: _____

residente in _____ (____) Via _____

consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, al fine di fruire dei benefici di cui agli artt. 21 e 33 commi 5, 6 e 7 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

DICHIARA

di fruire della precedenza di cui all'art. 21 della L.104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una propria condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92 oltre che un'invalidità superiore ai 2/3 (*allegare verbali commissioni mediche attestanti la disabilità e il grado di invalidità*);

di fruire della precedenza di cui all'art. 33, comma 6, della L. 104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una propria condizione di disabilità con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 (*allegare verbale commissione medica*);

di fruire della precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 L. 104/92 con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 (*allegare verbale commissione medica*), e di prestare assistenza al sig. _____ (*precisare il grado di parentela _____*), nato a _____, il __/__/____, residente/domiciliato nel comune di _____

- che il/la sig. _____ non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti di cura;

- (*in caso di assistenza a genitore disabile grave*) che il coniuge del disabile cognome _____ nome _____ nato a _____ il __/__/____ è impossibilitato a prestare assistenza per le seguenti condizioni oggettive: _____ (*Va documentata con certificazione medica l'impossibilità dell'assistenza da parte del coniuge di cui andranno specificate le generalità, in caso di impossibilità dell'assistenza per motivi di salute*);

- (*in caso di assistenza a fratello/sorella disabile grave*) che i propri genitori sono scomparsi (*ovvero*) che i propri genitori non sono in grado di prestare assistenza per le seguenti condizioni oggettive: _____ (*allegare eventuale certificazione medica rilasciata dalla competente ASL*)

.

Data, __/__/____

IL DICHIARANTE

.....

Allegare copia del documento di identità del dichiarante e di eventuali altri soggetti che abbiano reso dichiarazioni secondo quanto sopra indicato