

**DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE**

Il/La sottoscritto/a .....

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

Codice Fiscale .....

residente .....

in qualità di (grado di parentela) .....

del disabile Sig./ra.....

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

e residente .....

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 fruire alternativamente dei permessi ex L.104/92
- di prestare attività lavorativa presso.....

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....

rilasciato da ..... il .....

Luogo e data

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_