

AUTOCERTIFICAZIONE DISABILITA'

(Art.47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f. _____
 nato/a a _____ (____) il ____/____/____,
 residente a _____ (____) in _____ n. _____
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
 atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, consapevole degli effetti civili e penali in caso di dichiarazione
 mendace che il proprio figlio/a:

nome _____ cognome _____
 nato/a a _____ (____) il ____/____/____,
 residente a _____ (____) in _____ n. _____

è in possesso di certificazione con una percentuale di disabilità riconosciuta pari al
 _____%: Ex Legge 104/92

Tipo di disabilità

- Disabilità Uditiva
- Disabilità Visiva
- Disabilità Motoria
- Disabilità Psicica
- Altro: Specificare _____

Si allega copia del documento di identità.

Luogo, _____

 Firma del dichiarante
 (per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella
 presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.