AUTOCERTIFICAZIONE PER BENEFICIARE DELLA PRIORITÀ DI SCELTA DELLA SEDE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92.

Il/la sottoscritto/a ……..…….

nato/a a ..... (Prov. …….....) il …../...…/……..

residente in Via/Corso/Piazza……...

del Comune di…….…… (Prov. …….....)

DICHIARA DI BENEFICIARE DELLA PRIORITÀ SCELTA SEDE

- ☐ **Personale**

- ☐ **Per assistenza al familiare**

(la parte sottostante va compilata esclusivamente per assistenza al familiare)

- di essere: NUBILE CONIUGATO PARTE DELL'UNIONE CIVILE

- di volere usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 (art. 3, comma 3)

nei confronti del soggetto portatore di handicap Sig./Sig.ra …….……... con il quale vi è il seguente rapporto di parentela ....., residente in via……..…….. del Comune di …….....…. ;

- che il nucleo del soggetto portatore di Handicap è il seguente:

CONIUGE (indicare i dati anagrafici) …….....……..

FIGLI (indicare i dati anagrafici) …….....……

.....

- che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Data, ……

IL DICHIARANTE

…….……..