Allegato 2

**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