

Autocertificazione

Il/La sottoscritta _____ nato/a a
_____ il _____ residente in _____
_____ via _____ n° _____ telefono

C.F. _____

In qualità di:

- Destinatario del piano
- Titolare della potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno
- Tutore
- Altro familiare (indicare il grado di parentela) o delegato

DICHIARA

Che l'handicap grave, per il quale il beneficiario ha ottenuto il riconoscimento di portatore di handicap ai sensi della legge 104/92, è congenito (presente dalla nascita) o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età:

___ SI

___ NO

Data

Firma _____