



**ALLEGATO C | ESONERO PER HANDICAP**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI  
(Art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/La sottoscritto/a.....  
(cognome) (nome)

nato/a a .....(.....) il.....  
(luogo) (prov.)

residente a ..... (.....) in via.....n. ....  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato/a in .....(.....) in via ..... n. ....  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

*(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art.46 D.P.R. 445/2000)*

invalidità uguale o superiore all'80%, attestata da idonea documentazione medica, ai sensi dell'art. 20, comma 2-bis della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Si allega:

- idonea documentazione medica.

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....