

AUTOCERTIFICAZIONE

ai sensi e per gli effetti dell'Art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di:

- ☐ **Invalido Civile con grado di Invalidità non inferiore al 67%**
- ☐ **Sordo**
- ☐ **Cieco con residuo visivo fino ad 1/10 in entrambi gli occhi**
- ☐ **Invalido del lavoro (INAIL con grado di invalidità dal 67% al 79%)**

DICHIARA

che nell'anno 2025 il trattamento di invalidità riconosciuto, esclusa l'eventuale indennità di accompagnamento, non è stato superiore a tre volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti - € **23.862,15**;

che il grado di invalidità del riconosciutomi dalla Commissione Medica, nella seduta del e indicato nel certificato di invalidità presentato al fine di ottenere la tessera è invariato.

Di comunicare all'Ufficio Servizi Sociali del Comune qualsiasi variazione rispetto alla situazione iniziale che si dovesse verificare dopo la data di codesta dichiarazione.

Firma

_____ lì _____
