

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**(ai sensi e per gli effetti dell' art. 46 del D.P.R. 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 non superiore a 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 Lavoratori Dipendenti (€ 23.532,60);

- che il grado di invalidità del .....(%), riconosciuto 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 di Silea qualsiasi variazione rispetto alla situazione iniziale che si dovesse verificare dopo la data di questa dichiarazione.

FIRMA

Silea, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_