

**All'attenzione del Direttore della  
Biblioteca Comunale Chelliana  
fax 0564 451646  
email: info@chelliana.it**

Io sottoscritto/a,

cognome .....

nome .....

nato/a a .....

il .....

residente a .....

in via ..... n. ....

cap .....

dichiaro, sotto la mia responsabilità, in base alla legge n° 104 del 5/2/1992, che mi è stato riconosciuto lo stato di disabilità così come certificato dalla ASL

.....

il .....

In fede.

data

firma

.....

.....

**N.B. La richiesta di autocertificazione è fatta ai fini di permettere l'accesso al servizio di prestito domiciliare istituito dalla Biblioteca Comunale Chelliana e che ai sensi della legge sulla *privacy* (art.13 D.Lgs.n. 196 del 30/06/2003) i dati ricevuti saranno utilizzati solo per lo scopo per cui sono stati richiesti.**