

Al Dirigente scolastico

IC Darfo1

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE PERSONA IN STATO DI HANDICAP

Il/La sottoscritt _____

nat__a _____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____

nat__a _____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____

nat__a _____ prov. (____) il _____

conviventi con il/la Sig. _____

(specificare la relazione di parentela o affinità) _____

familiare disabile, con il quale abitano nel Comune di

_____ (____)

via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92.

Data _____

Firma

Firma

Firma
