

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

\_\_\_\_\_