

Al Dirigente Scolastico _____

Il /la/le sottoscritt _____

(specificare la relazione di parentela) _____

del/la sig. _____ (familiare disabile)

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi _____

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a/e/i in precedenza.

In fede.

_____ li _____

Firma _____