



Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. 'G. Marconi'
di Castelfranco E. (MO)

Oggetto: dichiarazione degli altri componenti il nucleo familiare dell'handicappato.

Il/La sottoscritt _____ nat _a _____
_____ prov. (_____) il _____

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

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 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 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firme _____

