

Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto: Dichiarazione dei parenti del disabile.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
(grado di parentela) \_\_\_\_\_ del \_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_  
familiare disabile, residente nel comune di \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Ai sensi della Legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza  
continuativa al \_\_\_\_\_ disabile per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne  
beneficiato in precedenza.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_