

**DICHIARAZIONE FAMILIARE DISABILE
PER BENEFICI LEGGE 104/92**

Al **DIRIGENTE SCOLASTICO**
dell'Istituto Comprensivo
"Giacomo Leopardi"
TORRE ANNUNZIATA

Il/la sottoscritto/a _____, nato/nata a

_____ in data _____, residente in

_____, Via/Piazza/Corso _____

Codice fiscale _____, in qualità di _____ di

_____, nato/a a _____

in data _____ e residente in _____ in

Via/Piazza/Corso _____, C.A.P. _____, consapevole delle
sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 in merito alle
dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi,

D I C H I A R A C H E

☐ è in condizione di disabilità grave accertata con verbale n° _____
del _____ della competente ASL _____ di _____;

☐ è in condizione di disabilità il cui grado di gravità è in corso di accertamento;

☐ non è ricoverato a tempo pieno;

☐ presta attività lavorativa e beneficia delle agevolazioni previste dalla L. 104/92 per se
stesso;

☐ non presta attività lavorativa;

☐ è parente di _____ grado in quanto _____;

☐ consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla
stessa persona disabile in situazione di gravità, intende essere assistito in via
esclusiva e continuativa soltanto dal/dalla Sig. _____,
nato/a _____ il _____

Data, _____

firma _____

