

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo 1
"A. Salvetti" di Colle Val d'Elsa (SI)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA' Resa dal familiare disabile che deve essere assistito

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ Prov () il ____ / ____ / _____,

Codice Fiscale _____

Residente a _____ () in Via _____ n° _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per dichiarazioni mendaci e false attestazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

di essere in condizione di Disabilità grave accertata con Verbale della Commissione ASL di

_____ del ____ / ____ / _____

di essere in condizione di Disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

di non essere ricoverato a Tempo Pieno;

di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per sé stesso/a;

di non prestare attività lavorativa;

di essere parente/affine di..... grado del/la richiedente in qualità di

.....

di voler essere assistito/a soltanto dal/la Sig./ra.....

nato/a a _____ Prov () il ____ / ____ / _____,

Codice Fiscale _____

Residente a _____ () in Via _____ n° _____

grado di parentela _____

che è l'unico/a referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento _____

In corso di validità, rilasciato da _____ il ____ / ____ / _____

N° _____

Colle Val d'Elsa (SI), li ____ / ____ / _____

IN FEDE

Il/la Disabile beneficiario dell'Assistenza

(Firma leggibile e per esteso)