

Al Dirigente Scolastico

Dell' I.C. ILARIA ALPI - LADISPOLI

OGGETTO: DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente in _____ prov. _____ via/piazza _____

_____ cap _____, C.F. _____

Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- di non 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 presso _____ e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito/a soltanto dal Sig./ra _____ nato/a a _____; il _____ C.F. _____ e residente a _____.

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento n. _____

rilasciato da _____ il _____

_____ li _____

Firma
