ALLEGATO N 4

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO CRISPI

RIBERA (AG)

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.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_