

OGGETTO: **dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 104/1992.**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____ residente a _____

prov. _____ via _____

n. _____ C.F. _____

ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. e relative sanzioni per dichiarazioni false e mendaci,

dichiara

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di _____
- 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 se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in qualità di _____;
- di voler essere assistito/a dal/dalla Sig./ra _____ nato/a _____ il _____ CF _____ e residente a _____ in Via _____ e/o _____ dal/dalla Sig./ra _____ nato/a _____ il _____ CF _____ e residente a _____ in Via _____

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

rilasciato da _____

«Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari...»

Firma

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO
