Al Dirigente Scolastico
dell'I.C."G. D'ANNUNZIO"
di Motta Sant'Anastasia

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 e di non averne beneficiato in precedenza.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Motta Sant'Anastasia ,_____

_____