

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
ANAGNI I**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____,
(*grado di parentela del disabile*) _____ del/lla sig. _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28/12/2000 n. 445,
di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i
seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene
avvalso/a in precedenza.

_____, li _____

firma

N. B.

Nel caso ci siano altri fratelli o sorelle occorre dichiarare che non si è in grado di prestare assistenza per motivi oggettivi. Pertanto ogni altro fratello/sorella membro della famiglia dovrà presentare la suddetta dichiarazione.