

OGGETTO: Dichiarazione per beneficio L. 104/92.

Il/la sottoscritto/a _____
nat_ a _____ il _____, in servizio presso
codesta scuola in qualità di _____
a tempo indeterminato/determinato

DICHIARA,

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28/12/2000,
come integrato dall'art.15 della L. 16/01/2003:

- di **prestare assistenza** al/alla signor/a

(familiare disabile) _____

(precisare il grado di parentela) _____

- che il familiare disabile **non è ricoverato/a** a tempo pieno presso istituti di cura o presidi
ospedalieri;

- che il familiare disabile è **non è** dipendente pubblico

(ente pubblico di appartenenza) _____

- che **vi sono** **non vi sono** altri familiari, oltre al/alla sottoscritto/a, idonei a
prestare assistenza **alternativamente** con lo scrivente, di seguito specificati:

(Cognome, nome e grado di parentela con il familiare disabile)

- _____

è **non è** dipendente pubblico _____

(ente pubblico di appartenenza)

- _____

è **non è** dipendente pubblico _____

(ente pubblico di appartenenza)

- _____

è **non è** dipendente pubblico _____

(ente pubblico di appartenenza)

Allega **verbale Legge 104/92 art. 3 c. 3** del familiare disabile

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a **comunicare** tempestivamente ogni **variazione**
dell'attuale situazione.

San Severo, _____

In fede

firma