

**DICHIARAZIONE PERSONALE NON ASSISTENZA PORTATORI DI HANDICAP**  
**(ART. 33 COMMI 5° E 7° LEGGE 104/1992)**  
(AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(1) \_\_\_\_\_ del soggetto diversamente abile

Sig. \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del 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 esserne avvalso/a in precedenza.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informative privacy pubblicate, ai sensi della normativa vigente, sul sito web della scuola - [www.convittonazionalebn.edu.it](http://www.convittonazionalebn.edu.it)

Data \_\_\_\_\_

(1) specificare la relazione di parentela o affinità.

Noto, \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a

.....