

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CHE ESERCITA LA POTESTA'
GENITORIALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA
PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a ilCF.....

residente in..... prov..... via/piazza.....

cap.....

in qualità di:

genitore, **tutore,** **curatore,** **amministratore di sostegno**

del Sig./ra

nato/a.....CF.....residente

a consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.

76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o

uso di atti falsi,

dichiara che:

il/la Sig./ra

- o è parente di.....grado del Sig./ra.....in quanto.....;
- o consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, intende essere assistito soltanto dal Sig/ra.....nato/a a.....il.....CF.....e residente a
- o è in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L. n.104/92 riconosciuta con verbale della Commissione ASL di.....il.....;
- o è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o non è ricoverato a tempo pieno
- o svolge attività lavorativa e di beneficia delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992;
- o non presta attività lavorativa.

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato

da.....il.....

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

Luogo e data

Firma