

DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE NON SA O NON PUO' FIRMARE

Attesto che la dichiarazione in calce è stata resa in mia presenza dal soggetto disabile, identificato mediante (estremi documento di riconoscimento.....) il

quale ha altresì dichiarato:

- o di non saper firmare
- o di non poter firmare a causa di un impedimento permanente

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

Timbro e firma dell'addetto

.....

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... il CF.....residente.....
.....in.....
.... prov..... via/piazza..... cap.....

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:

- o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- o di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o di non essere ricoverato a tempo pieno;
- o di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- o di non prestare attività lavorativa;
- o di essere parente digrado 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, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ranato/a il.....a.....C.F.....e residente a

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