

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

Il/la sottoscritto/a
nato/a a prov. il
Cod. Fisc. 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:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di il
- che l'accertamento su indicato: : è RIVEDIBILE in data / non è soggetto a scadenza in quanto definitivo;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di grado del richiedente in quanto.....
.....;
- di voler essere assistito soltanto dal/la Sig./ra.....
nato/a a Prov. il.....
C.F. e residente a

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

Luogo e data Firma

=====

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "O. LAZZARINO"- GALLICO(RC)

Si attesta che la presente dichiarazione è stata resa dal /la Sig./ra
riconosciuto tramite il documento n.
rilasciato da il (che si unisce in copia) il/la
quale ha altresì dichiarato di essere (indicare grado di parentela)
del disabile che si trova in una condizione di impedimento temporaneo / perenne per documentate
ragioni di salute.

RC Gallico Firma addetto

**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 prov. il
Cod. Fisc. residente in
prov. via/piazza..... cap..... in qualità di

genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno

del/la Sig./ra nato/a a
il..... CF.....residente a

..... e 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

- è parente di grado del/la Sig./ra.....
in quanto
- 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/la
Sig./ra..... nato/a
a..... il..... CF..... e
residente a
- 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.....;
- che l'accertamento su indicato: : è RIVEDIBILE in data / non è
soggetto a scadenza in quanto definitivo;**
- è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- non è ricoverato a tempo pieno
- svolge attività lavorativa e di beneficia delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992;
- non presta attività lavorativa.

Si allega copia del documento di riconoscimento n.

rilasciato da il.....

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE NON SA O NON PUO' FIRMARE

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE GALLICO-BOCCIONI

Si attesta che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal soggetto disabile Sig./ra riconosciuto/a tramite il documento n. rilasciato da il (che si unisce in copia) il/la quale ha altresì dichiarato:

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

RC Gallico Firma addetto

=====

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

Il/la sottoscritto/a nato/a a prov. il Cod. Fisc. 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:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di il
- che l'accertamento su indicato: è RIVEDIBILE in data / non è soggetto a scadenza in quanto definitivo;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di grado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal/la Sig./ra..... nato/a a Prov. il..... C.F. e residente a

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

Luogo e data Firma