



Liceo Statale "Vito Capialbi"

Musicale - Linguistico - Scienze Umane - Scienze Umane con opzione Economico-Sociale

Via S. Ruba snc - 89900 Vibo Valentia (VV)

Cod. Mecc. VVPM01000T - Cod. Fisc. 96012940795 sito web: www.istitutocapialbi.gov.it

☎ 0963/592415 - Fax 0963/991310 - e-mail: vvpm01000t@istruzione.it - PEC: vvpm01000t@pec.istruzione.it

DICHIARAZIONE DEL DISABILE

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____
 il _____ e residente in _____ prov. (____) indirizzo _____
 C.F.: _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti con le sanzioni previste dalle leggi penali e dalle leggi speciali in materia

D I C H I A R A

ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000, n.445 e successive modifiche ed integrazioni:

- Di essere disabile in situazione di gravità accertata con verbale della Commissione Asl di _____ in data _____ (Legge 104/92 art.3 c.3);
- 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 consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità e di voler essere assistito soltanto dal__ Sig.____
 _____, nat__ a _____ prov. (____)
 il _____ e residente in _____ prov. (____) indirizzo _____
 C.F.: _____,
 del__ quale è parente/affine di _____ grado in quanto (relazione di parentela) _____
 dello stesso.

_____, _____

In fede

Spazio riservato al funzionario incaricato

attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal__ Sig.____
 _____ identificato tramite (estremi del documento di riconoscimento)
 _____ rilasciato da _____ il _____
 e valevole sino al _____.

_____, _____

Timbro e firma dell'addetto
