



Liceo Statale "Vito Capiabbi"

**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.istitutocapiabbi.gov.it☎ 0963/592415 - Fax 0963/991310 - e-mail: vyvm01000t@istruzione.it - PEC: vyvm01000t@pec.istruzione.it

**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)

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

genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno

del Sig. _____, disabile in situazione di gravità accertata con verbale
della Commissione Asl di _____ in data _____ (Legge 104/92 art.3 c.3),
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 che:

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

è parente/affine di _____ grado del soggetto disabile grave, come sopra identificato, in quanto (relazione di
parentela) _____ dello stesso.

_____, _____

In fede

Spazio riservato al funzionario incaricato

attesto che tale dichiarazione è stata resa dal ____ Sig. _____
identificato tramite (estremi del documento di riconoscimento) _____ rilasciato da
_____ il _____ valevole sino al _____ il quale ha
altresì dichiarato di essere (relazione di parentela) _____ del disabile che si trova in una
situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

_____, _____

Timbro e firma dell'addetto
