

MODELLO 2

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC BOVA MARINA – CONDOFURI – BRANCALEONE – BRUZZANO

OGGETTO: **DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE – ART. 33 L. 104/92 e ss ii e mm.**

IL/La sottoscritt _____ nat_ a _____

Prov. () il _____,

CONVIVENTE

NON CONVIVENTE

Con il familiare disabile Sig./ra _____ legato dal seguente rapporto di parentela _____ (specificare la relazione di parentela o affinità)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di assistere alternativamente il summenzionato familiare con: (indicare il nominativo di altri beneficiari)

1. _____
Nominativo data e luogo nascita

2. _____
Nominativo data e luogo nascita

Ovvero

di non essere in condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi: _____ pertanto di non avvalersi dei benefici dell'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Si impegna, altresì a comunicare eventuali variazioni delle situazioni di fatto e di diritto dichiarate.

Bova Marina, lì _____

IN FEDE
