

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per assistenza a:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela ¹ _____
Data e luogo di nascita _____ Residente a _____,
Via/Piazza _____
Riconosciuto invalido/a come risulta dalla certificazione rilasciata dal competente collegio medico-
legale dell'ASL che si allega.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
- che non vi siano parenti o affini entro il 3° grado che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome Nascita e Residenza	Motivo per cui non può prestare assistenza

Data, _____

Il/La Dichiarante

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).