Al Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il /la/le sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*specificare la*

*relazione di parentela*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del/la sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*familiare disabile*) dichiara/dichiarano, sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000, come integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza nel corso dell’anno scolastico al familiare disabile, per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92.

In fede.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_