

Al Dirigente Scolastico  
dell'I. C. "Tommasone – Alighieri"  
Lucera (Fg)

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

**DICHIARA**

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
  - (in alternativa) 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 104/92 per se stesso;
  - (in alternativa) di non prestare attività lavorativa;
  - di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
  - di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Data ...../...../.....

FIRMA

\_\_\_\_\_