**DICHIARAZIONE PERSONALE DEL FAMILIARE CHE SI AVVALE DEI DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE APPORTATE DALLA LEGGE 53/2000 ART.19**

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente/personale ATA con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

premesso che il/la sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_risulta portatore di handicap, così come da allegata certificazione medica rilasciata dalla competente Commissione Provinciale di cui all’art.4 della Legge 104/92;

**DICHIARA, sotto la propria responsabilità,**

ai sensi della legge 4/1/1968, n.15, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace ed ai fini dei diritti previsti dall’art.33, commi 5 e 7 della Legge 104/92,

\_\_\_\_ che il rapporto di parentela con la sopraindicata persona è quello di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare se figlio, anche adottivo, coniuge, parente o affine entro il 3° grado)

\_\_\_\_\_che il/la sig. indicato in premessa non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;

\_\_\_\_\_ che il/la sig. indicato in premessa viene assistito in via continuativa dal sottoscritto;

\_\_\_\_\_ (i coniugi ed i genitori sono esonerati da questa dichiarazione) che non essendovi altri conviventi con l’handicappato, parenti o affini dello stesso grado o di grado più stretto, idonei a prestare l’assistenza continuativa al disabile il sottoscritto è l’unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza.

A tal fine **dichiara** che gli altri familiari legittimati a far valere il diritto di cui trattasi e che non ne usufruiscono sono i seguenti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado parentela con il disabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lavoratore in pensione/disoccupato/dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (barrare lo stato non interessato)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado parentela con il disabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lavoratore in pensione/disoccupato/dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (barrare lo stato non interessato)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado parentela con il disabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lavoratore in pensione/disoccupato/dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (barrare lo stato non interessato)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado parentela con il disabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lavoratore in pensione/disoccupato/dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (barrare lo stato non interessato)

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_