

DICHIARAZIONE ALTRO FAMILIARE (CONIUGE)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "A. MANZONI"
RAVANUSA

l sottoscritt _____, nat_ a _____
il _____ (rapporto di parentela) _____ di (cognome e nome della
persona disabile) _____ nat_ a _____
_____ il _____ unitamente al_ quale abita nel
Comune di _____ in via _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, di non essere
nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, poiché affett_ da
_____,
come da certificato medico allegato.

Dichiara, altresì, di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92 e di non
essersene avvals_ in precedenza.

Ravanusa lì, _____

Dichiarante
