

MODELLO 2

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Copernico

OGGETTO: DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE – ART. 33 L. 104/92 e ss ii e mm.

IL/La sottoscritt _____ nat__ a _____

Prov. () il _____,

CONVIVENTE

NON CONVIVENTE

Con il familiare disabile Sig./ra _____ legato dal seguente rapporto di parentela _____ (specificare la relazione di parentela o affinità)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di assistere alternativamente il summenzionato familiare con: (indicare il nominativo di altri beneficiari)

1. _____
Nominativo data e luogo nascita

2. _____
Nominativo data e luogo nascita

Ovvero

- di non essere in condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi: _____ e pertanto di non avvalersi dei benefici dell'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Si impegna, altresì a comunicare eventuali variazioni delle situazioni di fatto e di diritto dichiarate.

Pavia, _____

IN FEDE