AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’I.C. Mignano M.L. - Marzano

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(grado di parentela del disabile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* del/la sig. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

portatore di handicap in situazione di gravità

**DICHIARA**

Sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni di legge in caso di false dichiarazioni di:

* Di non fruire del permesso retribuito mensile per l'assistenza al proprio familiare ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 104/1992 per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di aver fruito dei seguenti giorni di assenza per permesso retribuito mensile per l’assistenza del proprio familiare

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_