# MODELLO 2

Alla Dirigente Scolastica

Dell’ I.C. Mignano M.L. - Marzano

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 , è lavoratore dipendente presso (indicare il datore di lavoro e l’indirizzo della sede

di servizio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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 famigliare 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. Mignano Monte Lungo,

IN FEDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_