

Al Dirigente Scolastico  
Dell' I.C. Virgilio  
Sona - Verona

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE.**

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/La sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ prov( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. : \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ prov( )

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ CIV N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA:**

di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;  
 di non essere ricoverato a tempo pieno;

di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;

di non prestare attività lavorativa;

di essere parente / affine di .....grado del Sig./ra..... in quanto.....;

la mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero che gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età;

di essere consapevole che i permessi possono essere frazionati tra più soggetti aventi diritto sempre nel massimo di 3 giornate

mensili per lo stesso portatore di handicap;

Sona li .../.../.....

Firma  
(del soggetto assistito)

\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia della carta d'identità