

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELLA PERSONA INABILE**

1. Il/La sottoscritt _____
nat__a _____ prov. (_____) il _____
grado di parentela _____

2. Il/La sottoscritt _____
nat__a _____ prov. (_____) il _____
grado di parentela _____

3. Il/La sottoscritt _____
nat__a _____ prov. (_____) il _____
grado di parentela _____

4. Il/La sottoscritt _____
nat__a _____ prov. (_____) il _____
grado di parentela _____

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firme 1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI L.104/92

Sig./ra
(indicare il nome e cognome del richiedente)

Il/la sottoscritt.

nat.... a il

residente in

alla via/piazza n.

In servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di

tipo contratto a tempo indeterminato e tempo determinato

CHIEDE

alla Sv. di poter usufruire dei benefici della L.104/92 per il seguente motivo:

personale

familiare
(indicare il grado di parentela)

all'uopo allega la seguente documentazione :

copia verbale commissione uff. inv. civili rilasciato dall' ASL n.Distr.;

n. dichiarazioni familiari;

n..... copie autentiche documenti di riconoscimento dei familiari;

altro (specificare)

Sorrento

Il/la richiedente

.....