



**ISTITUTO COMPRENSIVO
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SEC. PRIMO
GRADO "EDMONDO CAVICCHI"**

Via Circonvallazione Levante, 61 – Pieve di Cento (BO)
Tel. 051 975001 - Fax 051 973203
<https://iccavicchi.edu.it/>
e-mail: boic80600n@istruzione.it
PEC: boic80600n@pec.istruzione.it

Protocollo e data come da segnatura

Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo "E.
Cavicchi" di Pieve di Cento

Oggetto: dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a.....prov.il,

C.F. residente a.....

in Via..... n

ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. e consapevole delle relative sanzioni per
dichiarazioni false e mendaci,

dichiara

- ☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap dell'ASP/INPS di del ____/____/____;
- ☐ di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;
- ☐ prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per sé stesso;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente/affine di grado del richiedente in qualità;
- ☐ di voler essere assistito dal/la
Sig./ra.....

nato/a.....prov.il

CF..... e residente

.....,

in Via.....

..... ;

- ☐ ed eventualmente anche da altro soggetto tra quelli previsti.

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento n. rilasciato dal

..... il

Firma

.....