

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;  
residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), via/corso/Piazza \_\_\_\_\_  
civico numero \_\_\_\_\_

stato civile ☐ NUBILE ☐ CONIUGATO ☐ PARTE DELL'UNIONE CIVILE

inclus \_\_\_\_\_, a pieno titolo/con riserva, nelle GAE della scuola dell'infanzia – posto COMUNE, pos. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

consapevole delle sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 403/98

## DICHIARA

1) di beneficiare della L. 104/92 a carattere personale, ai sensi:

a) - dell'art. art. 21 con un grado di invalidità del \_\_\_\_\_% (come da verbale di riconoscimento della L. 104/92 e verbale d'invalidità, **allegati alla presente**)

b) - ai sensi dell'art. 33 comma 6 (con connotazione di gravità, come da verbale di riconoscimento della legge 104/92 **allegato alla presente**)

2) di usufruire della L. 104/92, art. 33, commi 5 e 7 per l'assistenza del ☐ CONIUGE ☐ FIGLIO ☐ GENITORE  
oppure \_\_\_\_\_ e a tal fine dichiara:

- di essere il/la solo/a ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33, commi 5 e 7 della Legge 104/92 (art. 3, comma 3) nei confronti del soggetto portatore di handicap

Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_  
civico numero \_\_\_\_\_

e che lo stesso è assistito in maniera esclusiva dalla sua persona;

Il nucleo del soggetto portatore di Handicap è il seguente:

(indicare lo stato di famiglia, del soggetto assistito)

1) Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), residente  
in \_\_\_\_\_ Via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
grado di parentela con il soggetto assistito \_\_\_\_\_

2) Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), residente  
in \_\_\_\_\_ Via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
grado di parentela con il soggetto assistito \_\_\_\_\_

3) Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), residente  
in \_\_\_\_\_ Via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
grado di parentela con il soggetto assistito \_\_\_\_\_

4) Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), residente  
in \_\_\_\_\_ Via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
grado di parentela con il soggetto assistito \_\_\_\_\_

- che i familiari suindicati non possono assistere il soggetto portatore di handicap per motivi oggettivi  
**come indicato nelle allegate autocertificazioni.**

- che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.

TORINO, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_