

DICHIAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA A PERSONA DISABILE AI FINI DELLA PRECEDENZA L. 104/92**

**ART. 33 COMMI 5 E 7**

(assistenza al coniuge, al figlio, al genitore, al fratello/sorella in situazione di disabilità)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_, Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ in servizio presso la scuola  
\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiera, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (Art. 75 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA**

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

di usufruire della precedenza di cui ai commi 5 e 7 dell'art. 33 Legge 104/92 in quanto:

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_, Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ con il/la quale ha il seguente rapporto di parentela  
\_\_\_\_\_

**è soggetto disabile in situazione di gravità e non è ricoverato a tempo pieno in un istituto specializzato.**

Allega a tal fine certificato della commissione medica rilasciato in data \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

(presentare le seguenti dichiarazioni in caso di **ASSISTENZA AL GENITORE**)

- di aver chiesto di fruire, per il corrente anno scolastico, dei 3 giorni di permesso retribuito oppure del congedo straordinario
  - che il coniuge della persona disabile è deceduto;
  - che il coniuge della persona disabile è impossibilitato a provvedere all'assistenza per i seguenti motivi (in caso di invalidità allegare certificazione)
- 

- che il coniuge della persona disabile ha compiuto i 65 anni di età

**DICHIARA, inoltre,**

nel caso di "**ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA**":

- di convivere con il proprio fratello/sorella disabile in situazione di gravità;
- che i propri genitori sono deceduti;
- che i propri genitori non sono in grado di prestare assistenza perché totalmente inabili (*allegare certificazione*);
- che un genitore è deceduto e l'altro non è in grado di prestare assistenza perché totalmente inabile (*allegare certificazione*);
- che i genitori hanno compiuto i 65 anni di età

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare le certificazioni di disabilità e di inabilità dichiarate**

Allegare copia documento di identità del dichiarante