**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE**

**UFFICIO SCOLASTICO E DEL MERITO**

|  |
| --- |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO CASTELVERDE** |
| Via Massa di San Giuliano, 131 – 00132 ROMA Tel. 06 455 90 500PEO: rmic8cp00e@istruzione.it - PEC: rmic8cp00e@pec.istruzione.itCodice meccanografico: RMIC8CP00E Codice fiscale: 97616500589IPA istsc\_rmic8cp00e - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica: UFEHD1 |

www.iccastelverderoma.edu.it

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NON RICOVERABILITA’ A TEMPO PIENO DEL SOGGETTO DISABILE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di richiedente dei benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara che il soggetto disabile al quale assicurerà l’assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie dipendenti da A.S.P.

Roma, li

 IL DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL DISABILE MAGGIORENNE**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace;

 DICHIARA

Il proprio gradimento circa l’assistenza che il/la sig./sign.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intende assicurargli a causa delle ridotte capacità procurate dalla disabilità in essere.

Roma, li

 L’ASSISTITO

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COMUNICARE VARIAZIONI**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare Incontro in caso di dichiarazione mendace,

 DICHIARA

che comunicherà con tempestività ogni eventuale modifica interessante la concessione dei benefici richiesti ai

Sensi della legge 104/92.

Roma, li

 IL DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE USUFRUISCE DEI BENEFICI DELLE LEGGE 104/92 PER IL SOGGETTO DISABILE**

Il sottoscritto richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare

Incontro in caso di dichiarazione mendace,

 DICHIARA

che nessun altro componente il nucleo familiare o parente del soggetto disabile interessato alla presente istanza

ha in godimento i benefici di cui alla legge 104/92.

Roma, li

 IL DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE IN CASO DI NON CONVIVENZA CON LA PERSONA DA ASSISTERE**

Il sottoscritto richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare

Incontro in caso di dichiarazione mendace,

 DICHIARA

Di assistere in via continuativa ed esclusiva il proprio familiare

Roma, li

 IL DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_