

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO CASTELVERDE**

Via Massa di San Giuliano, 131 – 00132 ROMA Tel. 06 455 90 500
PEO: rmic8cp00e@istruzione.it - PEC: rmic8cp00e@pec.istruzione.it
Codice meccanografico: RMIC8CP00E Codice fiscale: 97616500589
IPA 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
