ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
ISTITUTO COMPRENSIVO
DI ROCCASTRADA

Io sottoscritta/o _____ cod. fisc. _____ nata/o il _____ a _____ (_____), residente a _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ a tempo □ determinato □ indeterminato

Dichiaro che

La/il _____Sig.ra / sig._____
(grado di parentela)
nata/o a _____ il _____, è in possesso della certificazione attestante lo stato di handicap grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92;
Dichiaro altresì che

□ il familiare non è ricoverato a tempo pieno;
□ il familiare è ricoverato a tempo pieno ma la struttura richiede la presenza di un familiare (allega documentazione)
□ di assistere con continuità il familiare disabile.

Dichiara inoltre di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione alle dichiarazioni sopra citate.

Roccastrada, _____ Firma_____

Visto si autorizza

La dirigente scolastica
Renata Mentasti

_____