

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE TE4  
SAN NICOLO' A TORDINO (TE)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
(specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_  
del Sig. \_\_\_\_\_ dichiara, sotto la propria responsabilità, ai  
sensi delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, così come modificato ed integrato  
dall'art. 15 della Legge 16/01/2003, di non essere nelle condizioni di prestare  
assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Comunica, pertanto, **di non avvalersi** dei benefici previsti nell'art. 33 della Legge  
104/92 e di non esserne avvalso/a in precedenza.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_