

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELLA PERSONA IN CONDIZIONI DI HANDICAP**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____
_____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ avendo chiesto di beneficiare dell'art.
33 della legge 104/1992

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n. 15/1968, e DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente
con _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____ unitamente al
quale abita nel Comune di _____ (____) via
_____ e che la descritta situazione risulta agli atti
dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt _____ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del
DPR n° 223/89.

_____ li _____

Firma
