

**DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ANAGRAFICA CON  
LA PERSONA IN CONDIZIONE 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

\_\_\_\_\_