

Alla Dirigente scolastica  
IIS PIZZINI P. PAOLA IPSEOA LS  
GALILEI G.  
87027 PAOLA (CS)

Oggetto: dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a.....prov. ....il.....,  
C.F. .... residente a.....  
in Via..... n. ....,  
ai sensi degli art.75 e 76del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. e consapevole delle *relative sanzioni* per  
dichiarazioni false e mendaci,

dichiara

- di essere in condizione di disabilità grave accertata *con verbale della Commissione* medica per l'accertamento dell'handicap dell'ASP/INPS di.....del ;
  - di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
  - di non essere ricoverato a tempo *pieno*;
  - prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per se stesso;
  - di *non* prestare attività lavorativa;
  - di essere parente/affine di ..... grado del richiedente in qualità.....;
  - di *voler* essere assistito dal/la Sig./ra.....  
nato/a.....prov.....il.....  
CF..... e residente  
a....., in Via .....
- ed eventualmente anche da altro soggetto tra quelli previsti.

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento n. .... rilasciato da

\_\_\_\_\_

Paola \_\_\_\_\_

firma  
\_\_\_\_\_