**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**(art. 47 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, lì\_\_\_\_\_\_\_ Al Dirigente Scolastico …………………………………….

 …………………….... ( )

OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S. 2014\15 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA’ GRAVE – ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 1°, 2° e 3° GRADO DI PARENTELA .

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE**

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* convivente
* non convivente

 con il/la familiare disabile Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , per cui il\la Sig.\ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall’art. 33 della L. 104\92,

***dichiara sotto la propria responsabilita’***

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall’art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_