Al Dirigente Scolastico.

Dell’I.C. A. Moscati

Pontecagnano Faiano

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta scuola.

In qualità di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

* N° gg. \_\_\_ e precisamente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_
* N° gg. \_\_\_ e precisamente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_
* N° gg. \_\_\_ e precisamente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_
* BENEFICI LEGGE 104/92 art. 33 comma 3

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n.15/1968

**Dichiara**

* Ha già fruito di gg. \_\_\_\_\_\_\_ nello stesso mese.
* il familiare è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell’A.S.L. che si allega.
* per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell’handicap da parte delle A.S.L.;
* il/la sottoscritto/a assiste con continuità;
* il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il familiare disabile;
* il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Con Osservanza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_