

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"DD1 - CAVOUR"
Marcianise (CE)

DICHIARAZIONE PERSONA CON DISABILITA'

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (____) il _____, residente a
_____ (____) in via _____ n _____
familiare con disabilità grave, con la presente

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR 445/2000 che (specificare i nominativi dei beneficiari o del beneficiario) _____
si dedica/dedicano in forma esclusiva/condivisa alla propria assistenza e che il sottoscritto ha con
esso/essi un rapporto fiduciario.

Marcianise li, _____

Firma _____