

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. VIA BOCCIONI
ROMA**

Il/La sottoscritt_____ in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di _____ con contratto a tempo determinato/indeterminato, ai fini dell'attribuzione dei benefici di cui alla Legge 104/92 per l'assistenza del familiare in situazione di handicap

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28/12/2000 n. 445, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della Legge n.3 del 16/01/2003, di esercitare in via esclusiva l'assistenza continuativa al Sig. _____ (rel. parentela _____) ai sensi della Legge n. 53/2000 artt. 19 e 20 e che lo stesso non è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato.

 1 sottoscritto dichiara, inoltre, che l'assistenza continuativa è effettivamente svolta alla data odierna e che eventuali variazioni verranno comunicate tempestivamente.

_____, li _____

firma