AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C." Valerio Flacco"
di Sezze Scalo (LT)

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE. A.S. 2026/2027

(DA NON COMPILARE QUALORA L'ASSISTENZA E' RIVOLTA AD UN MINORE)

Il/La sottoscritto/a COGNOME _____NOME_____

nato/a _____prov( ) il___/___/____ C.F. : _____

Residente in _____ prov ( )

Via/Piazza _____Civ n. _____ CAP_____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi e che i permessi richiesti possono essere frazionati tra più soggetti aventi diritto sempre nel massimo di 3 giornate mensili per lo stesso portatore di handicap:

DICHIARA:

☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____il ___/___/_____;

☐ di essere in condizioni di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;

☐ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;

☐ di non prestare attività lavorativa;

☐ di scegliere quale familiare/affine che dovrà assistermi il sig./ra …… con grado di parentela ……;

☐ la mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero che gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età; [da compilare se il diritto è da riconoscere a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità]

Sezze Scalo, lì …/…./……..

Firma
(del soggetto assistito)

_____

Si allega fotocopia della carta d'identità

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.