

**DICHIARAZIONE DI OGNI SINGOLO COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE TRANNE IL RICHIEDENTE**

Al Dirigente Scolastico  
D.D. III Circolo "Stefanile"  
Aversa (CE)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_,

Parente (indicare il grado di parentela ) \_\_\_\_\_

Del/la sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/2000:

- di essere
  - OCCUPATO
  - NON OCCUPATO
  - PENSIONATO
  - STUDENTE

- di NON essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi (\*):

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

di essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile , ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2022 n.15

- di NON avvalersi dei benefici previsti dall'art.33 della Legge 104/92
- di avvalersi dei benefici previsti dall'art.33 della Legge 104/92, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2022 n.15

Data , \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personale, compresi i dati sensibili , ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti , ai sensi del D.Lgs 193/2003.

Data , \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_

**ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DICHIARANTE**

**(\*) indicare solo motivi oggettivi**