



- che il/la sottoscritto/a presta assistenza nei confronti del/della disabile per cui chiede le agevolazioni;
- che il/la sottoscritto/a è (indicare grado di parentela) \_\_\_\_\_  
del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ ed è l'unico/a degli aventi titolo a fruire dei benefici di cui all'art. 33 comma 3 della legge 104/92;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno -morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, si impegna a:

- comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni;
- comunicare al dirigente le assenze dal servizio, con congruo anticipo (salvo dimostrate situazioni di urgenza), se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività didattica e amministrativa.

Allega alla presente:

- Verbale della commissione medica dal quale risulta l'accertamento della situazione di handicap grave dell'assistito (se non già in possesso dell'amministrazione);
- Dichiarazione dell'assistito, corredata di copia documento di identità dell'assistito;
- n. \_\_\_ dichiarazioni degli altri aventi titolo di non usufruire dei benefici di cui al comma 3 art. 33 Legge 104/92, corredate da copia del documento di identità di ciascuno.

Santa Severina, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_