

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

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI  
(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

**dichiara**

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che la famiglia originaria della persona disabile è  
così composta:

_____ (Cognome, Nome )	_____ (relazione di parentela o affinità)
_____ (Cognome, Nome )	_____ (relazione di parentela o affinità)
_____ (Cognome, Nome )	_____ (relazione di parentela o affinità)
_____ (Cognome, Nome )	_____ (relazione di parentela o affinità)
_____ (Cognome, Nome )	_____ (relazione di parentela o affinità)
_____ (Cognome, Nome )	_____ (relazione di parentela o affinità)

I familiari in elenco allegano dichiarazioni di rinuncia per di non essere nelle condizioni di prestare  
assistenza continuativa al familiare disabile e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art.  
33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_