



**Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca**  
**ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE "ABBA - BALLINI"**

Via Tirandi n. 3 - 25128 BRESCIA

tel. 030/307332-393363 - fax 030/303379

[bstd150001@pec.istruzione.it](mailto:bstd150001@pec.istruzione.it) [www.abba-ballini.gov.it](http://www.abba-ballini.gov.it) email: [info@abba-ballini.gov.it](mailto:info@abba-ballini.gov.it)



Al Dirigente Scolastico

SEDE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 del TU approvato con DPR n. 445 del 28 Dicembre 2000)

Allegata alla istanza presentata in data \_\_\_\_\_

Il /La Sottoscritto/a, cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

a conoscenza delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa contenute nel D. Lgs 445/2000 (TU in materia di dichiarazione sostitutiva di e, in particolare, delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazione mendace e non veritiere e, delle norme contenute del D. Lgs. 165/2001 artt. 55 quater e 55 quinquies), consapevole altresì che l'amministrazione può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate ai sensi degli artt. 71 e seguenti del TU anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato

**DICHIARA**

- Che necessito delle agevolazioni per le necessità legate alla mia situazione di disabilità (disabile per me stesso);
- che il familiare da assistere \_\_\_\_\_ (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parente e affine) \_\_\_\_\_ (cognome e nome) è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ed è residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_;
- di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- che il figlio/a \_\_\_\_\_ è stato adottato/affidato in data \_\_\_\_\_ (data di ingresso del minore nella famiglia ) con atto dell'autorità competente \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (come risulta dal provvedimento allegato);
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap grave* sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM del 21 Luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ allegata (eccezione per il terzo grado);

- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono mancanti (eccezione per il terzo grado) per:
  - il coniuge ha compiuto 65 anni
  - il/i genitore/i hanno compiuto 65 anni
  - decesso
  - assenza naturale (celibato) e/o giuridica (divorzio – separazione legale – abbandono) del coniuge per \_\_\_\_\_
  - assenza naturale (celibato) e/o giuridica (divorzio – separazione legale – abbandono) del/i genitore/i per \_\_\_\_\_
- che il familiare da assistere non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- che il familiare da assistere è ricoverato/a a tempo pieno presso \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- che l'assistenza è prestata nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni
- che sono 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 mia opera di assistenza.
- che sono 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 solo per l'effettiva tutela del disabile
- che sono l'unico referente e che nessun altro familiare fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il quale si richiedono i permessi mensili e al quale si presta assistenza
- che mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante  
(firma per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_