**Al Dirigente scolastico**

**del Liceo Statale “A. Manzoni”**

**Di LATINA**

**Dichiarazione personale dei fratelli /sorelle/ parenti e affini entro il terzo grado che non sono in grado di assistere il disabile**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………...............……………figlio/a fratello/sorella/parente/affine entro il terzo grado di ………………………………………… disabile in situazione di gravità,

**DICHIARA**

***sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,***

**di non essere in grado** di effettuare l’assistenza al padre/alla madre/al fratello/sorella disabile, al parente/ all'affine entro il terzo grado in situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa, globale e permanente, **per ragioni esclusivamente oggettive** tali da non consentire l’effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate, ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................................................................................................................ .

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell’art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

*Si autorizza il trattamento dei dati personali inseriti nella domanda ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679.*

Data……………………

Firma...........................................................