

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. n° 445/2000 e succ.)

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Foligno 2  
Foligno

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

dipendente di codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

a tempo indeterminato, potendo usufruire dei benefici previsti dalla L. 104/92

richiesta per \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

\_\_\_\_\_  
(grado di parentela)

### AUTOCERTIFICA

di essere convivente con l'assistito \*\* e di risiedere con lo stesso in

\_\_\_\_\_  
Comune)

Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ interno \_\_\_\_\_

di non essere convivente con l'assistito

In fede.

Luogo/data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\* Si riconduce il concetto di convivenza a tutte le situazioni in cui sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso comune, riferita allo stesso indirizzo : stesso numero civico anche se interni diversi (Circolare Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 18 febbraio 2010, prot. 3884).