

AI DIRIGENTE DELL'IC SORA 2°

Oggetto : DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER IL GODIMENTO DEI BENEFICI DELLA L 104/92 (ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a , c.f. _____
_____ nato/a il a e residente in
alla via , n° , in servizio nell'a. s. _____ presso
..... con la qualifica di
..... , con contratto a tempo _____ per la c.c. _____ ,

ai sensi del D.P.R.n°445 del 28/12/2000, così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge 16 gennaio 2003 n°3, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del citato D.P.R. n°445/2000,sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

di essere portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 1 della legge 104/92.
Pertanto, in applicazione dell'art. 21 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , di beneficiare delle agevolazioni per le esigenze della propria persona.

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 10 della legge n° 675/96 e D.L.vo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa .

Allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)