

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di VILLONGO**

OGGETTO: Legge 104/92 – Elezione assistenza familiare.

l sottoscritt_ , nat_ a _____ il _____, in qualità di genitore/tutore
di persona riconosciuta portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi della legge 104/92

DICHIARA E COMUNICA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di prestare assistenza continuativa al

Figli_ _____

In fede

Data _____

Firma _____