

OGGETTO: DICHIARAZIONE PERSONALE LEGGE 104/92

.....L..... SOTTOSCRITT..... NAT.....

A..... IL....., RESIDENTE

A..... VIA..... N.....,

DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA', DOCENTE/ATA DI RUOLO/T.D. PRESSO

..... DI ..... SOTTO LA PROPRIA

RESPONSABILITA' AI SENSI DELLA LEGGE 15/68, MODIFICATA E INTEGRATA DALLE

LEGGI 127/97 E 191/98 E DAI DPR 403/98 E 445/00 E AI SENSI DELLA CIRCOLARE INPS

90/2007

DICHIARA

DI ESSERE/NON ESSERE ASSISTITO..... IN VIA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA DA

..... E INTENDE AVVALERSI DELLA SUA ESCLUSIVA ASSISTENZA.

SI ALLEGA:

VERBALE COMMISSIONE MEDICA INPS

Castellammare di Stabia,.....

Il/La dichiarante

---