DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO IN STRUTTURE OSPEDALIERE DEL DISABILE GRAVE.

__l__sottoscritt__ _____, nato a _____il _____ e residente a _____ in via _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ a Tempo _____, avendo chiesto i benefici di cui all'art. 33 della Legge 104\92, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dalla Legge 15/1968 e dal DPR 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che il/la proprio/ria padre/madre _____, nato/a a _____ il _____, unitamente al/alla quale abita nel Comune di _____ in via _____ non è ricoverato/a presso struttura ospedaliera

PALERMO
~~Trapani~~ _____

Firma

_____