

**DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ANAGRAFICA CON IL FAMILIARE  
IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

La sottoscritta..... nata a ..... prov.  
( ) il ....., qualifica ..... avendo chiesto di beneficiare  
dell'art. 33 della legge 104/1992

***DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ***

ai sensi del DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente con il Sig/Sig.ra  
..... (specificare la relazione di parentela o affinità)  
.....unitamente al quale abita nel Comune di ..... in via  
..... e che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune,  
avendo la sottoscritta adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89.

Latina, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_