All’Ufficio Scolastico Regionale

Via Santi Martiri, 3 c.a.p.34123

Trieste

per l’Anno Scolastico 2022/2023

[drfr@postacert.istruzione.it](mailto:drfr@postacert.istruzione.it)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ALUNNI DISABILI ISCRITTI E FREQUENTANTI

(ai sensi degli artt. 47 e ss., D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , documento di riconoscimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante dell’ente gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del D.P.R. n. 445/00, per le ipotesi di falsità in atti, mendaci dichiarazioni, o contenuti non rispondenti a verità, e che le suddette ipotesi comportano la decadenza dal beneficio ottenuto,

**D I C H I A R A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Denominazione scuola paritaria in gestione. | Codice meccanografico scuola paritaria in gestione. | Alunno disabile certificato con documentazione completa (verbale commissione sanitaria + diagnosi funzionale, ex DPCM n. 185/06) – ***NB. Ogni alunno deve essere identificato da un codice alfanumerico (es. A1, A2)*** | Grado di disabilità di cui all’articolo 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (indicare se comma 1 o comma 3) ***NB. Da specificare per ogni alunno identificato dal codice alfanumerico di cui alla colonna a sinistra*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il /la dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(sottoscrivere con firma autografa o con firma digitale)***