

**DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA**  
**ANAGRAFICA CON L'HANDICAPPATO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica\_\_\_\_\_ avendo chiesto di  
beneficiare dell'art. 33 della legge 104/1992

*DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ*

ai sensi della legge n. 15/1968, e DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente  
con \_\_\_\_\_  
(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_  
unitamente al quale abita nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via  
\_\_\_\_\_ e che la descritta situazione  
risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ adempiuto alle  
prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89.

\_\_\_\_\_li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_