

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "Corinaldesi-Padovano"
SENIGALLIA

Oggetto: 1^ richiesta benefici L. 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ (____) il _____, residente a
_____, Via _____
beneficiario/a della L. 104/92, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.26 della
L.15/68 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

di usufruire dei benefici di cui alla legge n. 104/92 per l'a.s. 20__/20__.

A tal fine allega la documentazione seguente e dichiara la permanenza delle
condizioni di gravità

DICHIARA

di essere _____ (*rapporto di parentela*) di

_____ nato/a a _____ il _____

SENIGALLIA, _____

FIRMA
