



 l' sottoscritt _____
 nat _____ a _____ il _____
In servizio presso questa amministrazione in qualità di

- ☐ **Presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono richieste le agevolazioni;**
- ☐ **È consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria assistenza;**
- ☐ **È consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;**
- ☐ **Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;**
- ☐ **Si impegna a comunicare le assenze con congruo anticipo salvo situazioni di emergenza.**

Firma