**(da redigere su carta intestata dell’Istituto scolastico)**

**DICHIARAZIONE DELL’ISTITUTO SCOLASTICO**

**CERTIFICAZIONE DISABILITA’ L. 104/92**

(ALLEGATO 6)

**(da compilare solo in caso di STAGE aziendale e per ogni studente con disabilità ospitato)**

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

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap \_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Dirigente Scolastico/Referente scolastico:

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

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci rese nella presente istanza o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità (vedi art. 76 del DPR445/2000) e che la falsa dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione medesima, con riferimento al/i percorso/i per le competenze trasversali e per l’orientamento/Stage svolto/i presso l’impresa ospitante:

DENOMINAZIONE IMPRESA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

che in base alla documentazione disponibile agli atti di questo Istituto scolastico lo studente:

1) Cognome Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

è persona diversamente abile certificata ai sensi della legge 104/92.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante

NB: Allegare copia di un valido documento di identità del sottoscrittore