

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto

OGGETTO: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n.104/92.

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a(Prov.....)
residente a (.....) via..... n
docente - personale A.T.A. assunto/a con contratto a tempo indeterminato - determinato
in servizio presso la scuola di

C H I E D E

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni,
per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nomeparentela.....
Data e luogo di nascita.....
Residente a..... (.....) via n.....

Riconosciuto/a invalido/a in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal
competente collegio medico legale dell'A.S.L. che si allega.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false
attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge
n. 15/1968, dichiara (1):

- il/la sottoscritto/a è assiste con continuità ed in via esclusiva il familiare disabile;
- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;
- per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del
giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle A.S.L.;
- che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire
assistenza alla persona sopra indicata;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla
persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun
nominativo:

Cognome e nome.....
parentela.....
Data di nascita..... residente..... non può fornire assistenza
perché..... (2)
Cognome e nome.....
parentela.....
Data di nascita..... residente..... non può fornire assistenza
perché..... (2)
Cognome e nome.....
parentela.....
Data di nascita..... residente..... non può fornire assistenza
perché..... (2)
Cognome e nome.....
parentela.....
Data di nascita..... residente..... non può fornire assistenza
perché..... (2)

(1) Barrare solo le caselle che interessano;

(2) Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata nella 2 pagina.

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

- 1 . E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
- 2 . E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
- 3 . E' di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
- 4 . E' Studente/Studentessa;
- 5 . E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
- 6 . E' di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta (per gli invalidi di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo);
- 7 . E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
- 8 . E' privo di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
- 9 . Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare).....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****

ISTITUZIONE SCOLASTICA:

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig.....
..... preventivamente ammonito/a sull e responsabilità penali
cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha reso e sottoscritto in mia presenza
la su estesa dichiarazione.

.....,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Il Dirigente scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, AUTORIZZA/NON AUTORIZZA la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego: _____

.....,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....