

**RICHIESTA RICONOSCIMENTO BENEFICI PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI CON HANDICAP
GRAVE - LEGGE 104**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

AL DSGA

dell'I.C. DOMENICO PURIFICATO

Il/ La sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ (Prov. _____) e residente in
_____ (Prov. _____) in Via _____ n. _____
Domicilio (se diverso dalla res.) _____ (Prov. _____)
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. in qualità di _____
con contratto a tempo _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 comma 3 in qualità di:

- Parente, affine o coniuge della persona con disabilità;
- Disabile lavoratore richiedente i permessi.

Il/La sottoscritto consapevole delle responsabilità civili, penali ed amministrative eventualmente derivanti da dichiarazioni false e mendaci (art. 76, art. 46 ed art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

1- Che intende prestare assistenza nei confronti del Sig./Sig.ra:

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

GRADO DI PARENTELA _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE in _____ (Prov. _____) Via _____ n. _____

DIPENDENTE DELLA P.A.: SI/NO _____ ENTE _____

2- Che il suddetto portatore di handicap:

- Non è ricoverato a tempo pieno
- È ricoverato a tempo pieno

- In quest'ultimo caso specificare se:

- È necessaria l'interruzione del ricovero per necessità di accompagnare personalmente l'assistito al di fuori della struttura per effettuare visite e terapie certificate. È necessaria la dichiarazione dell'impossibilità di effettuare la prestazione all'interno della struttura.
- Il portatore di handicap è un minore per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

3- Che la persona con handicap grave risiede ad una distanza:

- Inferiore a 150 km dal luogo di residenza del sottoscritto;
- Superiore a 150 km del luogo di residenza del sottoscritto;

In quest'ultimo caso il sottoscritto si impegna ad allegare ad ogni richiesta di permessi la documentazione attestante l'avvenuto raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito (es. telepass, biglietto treno, bus, aereo).

4- Che la stessa persona con disabilità grave è assistito anche da altri familiari:

COGNOME E NOME _____

GRADO DI PARENTELA CON ASSISTITO _____

ENTE DI SERVIZIO _____

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto che comporti la perdita delle agevolazioni.

All.:

- Certificazione A.S.L. _____ del _____ RIVEDIBILE SI/NO _____

Roma, _____

FIRMA

(*) allegare documentazione giustificativa () allegare certificazione medica***

RISERVATO ALLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA:

Richiesta pervenuta in data.....;

documentazione medica allegata:

VISTO
DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO (solo per ATA)
DSGA
