

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' ISTITUTO COMPRESIVO
DEL CHIESE
DON LORENZO MILANI - STORO**

OGGETTO: richiesta ammissione ai benefici legge 104/92

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso la SP/SSPG di _____
con contratto a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

CHIEDE

di essere ammesso ai benefici previsti dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" per:

- ☐ sé stesso
☐ l'assistenza al sig./sig.ra _____
(indicare grado di parentela/affinità) _____ nato/a _____ (),
il _____, C.F. _____ e residente in _____
via _____ n. _____

a supporto della richiesta, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

- ☐ di prestare assistenza al/alla signor/a _____
impegnato/a in attività lavorativa presso (indicare il datore di lavoro) _____
☐ beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/1992;
☐ che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

Da compilare da parte dei genitori che prestano assistenza al figlio disabile

- ☐ che l'altro genitore _____ C.F. _____ ha diritto a fruire dei permessi in quanto è lavoratore dipendente presso (indicare il datore di lavoro) _____ con orario settimanale di lavoro _____
- ☐ che l'altro genitore _____ C.F. _____ non ha diritto di fruire dei permessi in quanto lavoratore autonomo, libero professionista o persona in attesa di occupazione.

Per i dipendenti che fruiscono dei permessi della Legge 104/92 per assistere parenti disabili (ad esclusione dei genitori del figlio disabile)

- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap, in quanto l'assistito intende avvalersi dell'assistenza del sottoscrittore della presente domanda ovvero che: _____ (indicare il grado di parentela) beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap.

Si ricorda che fa eccezione il ricovero a tempo pieno della persona con disabilità in situazione di gravità, che si trovi in coma vigile, in situazione terminale o di un minore per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

Per i dipendenti che prestano assistenza a parenti/affini di 3° grado

- ☐ di avere diritto ai benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92, inclusi i permessi mensili, per assistere il sig./sig.ra _____ in quanto la situazione familiare del soggetto assistito è la seguente:

Nominativo	Data di nascita	Condizione
Padre _____	_____	_____
Madre _____	_____	_____
Coniuge _____	_____	_____

Il/la dipendente dichiara inoltre di impegnarsi a comunicare tempestivamente in Segreteria ogni variazione intervenuta.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto Sig. _____
- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore Si allega:
- copia del verbale rilasciato da _____ in data __/__/____

Storo, __/__/____

Firma
