



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"FEDERICO DE ROBERTO" ad indirizzo musicale**

VIA Confalonieri n. 9/D - 95123 CATANIA Tel. 095.350144 Fax 095.7318586

Cod. Mecc. CTIC887001 - C.F. 80011370873

E-MAIL CTIC887001@ISTRUZIONE.it - P.E.C. CTIC887001@PEC.ISTRUZIONE.IT

SITO WEB www.derobertoct.gov.it

Codice Univoco Ufficio: UF7J6S

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"F. DE ROBERTO"
SEDI

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt _____ nat __ a
_____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato presso

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. _____ (coniuge / figlio / madre / padre / _____) nato a _____ -prov. _____ - il _____ e residente a _____ -prov. _____ -
Via _____

Il/La __ sottoscritt __, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, DICHIARA che:

- è l'unico familiare che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chiesta le Agevolazioni;
- l'altro genitore sig. _____ C.F. _____ non dipendente / dipendente presso _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla

sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione (*)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (_____) il _____, residente
a _____ -prov. _____ - Via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____ -prov. _____ - il _____
C.F. _____ e residente in _____

(da presentare ad ogni richiesta di giorni di permesso)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"FEDERICO DE ROBERTO"

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato presso

C H I E D E

di poter fruire dei seguenti permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per
assistere il/la sig. _____ (coniuge / figlio /
madre / padre / _____) :

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

D I C H I A R A

di non aver usufruito/di aver usufruito nel corrente mese dei seguenti permessi L. 104/92:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Il/La sottoscritt _____ dichiara che è l'unico familiare ad assistere il sig. _____ e che lo stesso
non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura.

Data _____

Firma
