

Al Dirigente Scolastico  
Dell' I.C. 2 "DE GASPERI "  
CAIVANO (NA)

**OGGETTO:** richiesta benefici ai sensi della Legge 104/92

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), in servizio presso questo Istituto in qualità  
di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo indeterminato /  
determinato

**c h i e d e**

di poter fruire dei benefici previsti dalla L.104/92 ;

**in quanto disabile** (art. 33 cc. 2, 3 e 6 della Legge 104/1992)

A tal fine dichiara :

- che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,  
ha riconosciuto la gravità dell'handicap come da documentazione allegata.

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

tre giorni al mese;

due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto  
comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono  
effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 -  
T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione  
amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

**per assistere un genitore o parente/affine in situazione di handicap grave** (art. 33 c. 3  
della Legge 104/1992);

A tal fine dichiara :

- che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da  
documentazione allegata, di

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela (entro il 3° grado) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;
- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza come da dichiarazioni allegate;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazioni allegate;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Data \_\_\_\_\_

**Con osservanza**

\_\_\_\_\_