

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Classico Statale "Umberto I" di Palermo

**OGGETTO: Richiesta benefici Legge 104/1992 art. 33 comma 3.**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ , nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, in servizio con la qualifica di \_\_\_\_\_ a tempo determinato/indeterminato presso codesto istituto scolastico,

**C H I E D E**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992

PER SE STESSO

ovvero

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:

il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno

di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile

- 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);

- si impegna a comunicare tempestivamente la fruizione di detti permessi mensili per l'assistenza al familiare in situazione di disabilità alternativamente da parte di altro soggetto avente diritto;

ALLEGA

copia per il datore di lavoro del verbale di accertamento dell'handicap.

\_\_\_\_\_li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

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 prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;  
ovvero
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;  
e di voler essere assistito dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di non essere ricoverato a tempo pieno;

di non prestare attività lavorativa;

Palermo, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_