

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
