Al Dirigente Scolastico IIS BCO Livorno

Oggetto: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n. 104/92.

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_\_) in servizio nell’ A.S. 20\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_\_ / presso codesta istituzione scolastica in qualità di docente/personale ATA, assunto/a con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

CHIEDE

 di beneficiare dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_= giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n. 15/1968,

4.

DICHIARA

* il familiare è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L. che si allega.

per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle A.S.L.;

* il/la sottoscritto/a assiste con continuità

 il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il familiare disabile; il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*

\* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/la dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RISERVATO ALL'UFFICIO DELL' ISTITUTO Buontalenti Cappellini Orlando di Livorno Ai sensi del D.P.R.

28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace. -Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata;

È AUTORIZZAT..... / NON È AUTORIZZAT..... alla fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il Dirigente Scolastico

PROF. ALESSANDRO TURANO

Oggetto: Dichiarazione dei parenti del disabile.

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_ Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_familiare disabile, residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

 Ai sensi della Legge n o 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_disabile per il seguente motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_