Al Dirigente Scolastico

dell’ lstituto Comprensivo *“W.* Iozzelli”

51030 Monsummano Terme

Oggetto: Richiesta di beneficiare del Permessi previsti dalla legge n. 104/92.

La sottoscritta nata ( il

a (Prov. )residente a Via n.

Docente - personale AJ.A. assunto/a con contratto a tempo indeterminato — determinato in servizio presso Ia scuola

di

CHIEDE

di beneficiare 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 (Prov ­­\_\_\_\_\_)via n.

Riconosciuto/a invalido/a in situazione dl gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale deIl’ ASL che si allega.

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, dichiara (1):

­­\_\_ i/la sottoscritto/a è assiste con continuità ed in via esclusiva II familiare disabile;

\_\_ il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt’oggi si dichiara l’esistenza in vita;

\_\_per II familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell’handicap da parte dell’A.S.L;

\_\_che non vi sono perenti ed affini entro 3°grado non lavoratori che possono fornire assistenza alla persona sopra

citata;

\_\_che i seguenti parenti a affini entro 3’ grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché

non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominato:

Cognome nome parentela Data dl nascita residente non può fornire assistenza perchè  **(2)** Cognome nome parentela Data dl nascita residente ~~—~~  non può fornire assistenza perchè (2)

Cognome nome parentela

Data dl nascita residente \_non può fornire assistenza perchè (2

Cognome nome parentela

Data dl nascita residente non pub fornire assistenza perchè \_(2)

Il/la Dichiarante

(1) Barrare solo se le caselle interessano

(2) Indicare ii numero corrispondente alla motivazione elencata nella 2 pagina



Elenco delle mot1vazione che impediscono dl fornire assistenza alIa persona con Handicap: (i) E’ stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%

(2) E’ affetto/a da (invalidità superiore a 2/3;

(3) E’ dl età inferiore a 18 anni (anche net caso ln cui il familiare non sia studente); (4) E’ studente,/studentessa;

(5) *E’* ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale(allegare certificazione);

(6) E’ di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi *incapacità* comunque riconosciuta (per gli invalidi) di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo),

(7) E’ infermo/a In maniera tale da non poter assistere l ’handlcappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell’handicap;

(8) E’ privo di patente di guida qualora l’handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (In questo caso occorre la certificazione medica);

(9) Risiede in località tanto distane da non poter fornire l‘assistenza continua ed esclusiva;

(10) Altro (specificare) AWERTENZA: IL DICHARANTE DECADE EVENTUALMENTE C0NSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO

EMANATO SULIA BASE DELLA DICHIARAZ1ONE NON VERITIERA



ISTITUZIONE SCOLASTICA:

Al sensi del D.P.R: 28/12/2000 n. 45, attestato CHE IL/LA Sig. Preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni

mendace, ha reso e sottoscritto In mia presenza ) la sua estesa dichiarazione.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

 Fabiola De Paoli

 Il Dirigente Scolastico, vista l’istanza di ciii sopra e Ia documentazione allegata, AUTORIZZA/NON AUTORIZZ.A la fruizione del benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuali diniego

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Fabiola De Paoli