

RICHIESTA BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104

- Al Dirigente Scolastico
I.C. "C. Caruso"
Altavilla Irpina -AV

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per
prestare assistenza a: Cognome e Nome _____

Grado di parentela _____ Data e luogo di nascita _____

Residente a _____

riconosciuto/a invalido/a, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale
dell'A.S.L., che si allega.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e
mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla
persona sopra indicata;

Data _____

Il/la Dichiarante _____

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA
DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt _____

nato/a a _____ (Prov _____) il ____/____/____

C.F. _____ residente in _____ (Prov _____)

via/piazza _____ Cap _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara

- di essere in condizione 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 non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del Sig./ra
in quanto.....;

consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra _____

nato/a a _____ (Prov _____) C.F. _____

e residente a _____ (Prov _____).

Luogo e data _____

Firma
