Al Dirigente Scolastico dell’I.C.G.”F.Farci”

 SEUI

Oggetto: **Richiesta benefici ai sensi della Legge 104/92.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_/\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_

 in servizio presso questa Istituzione Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato

## CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 comma3 e successive modificazioni in qualità di:

□ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;

□ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;

□ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;

□ disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine si allega:

1) Verbale della Commissione per l’accertamento dell’handicap di cui alla L. 104/92, A.S.L. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## DICHIARA

## che la persona assistita è: Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 grado di parentela (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e domiciliata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ di svolgere attività lavorativa a tempo pieno presso l’Istituto in indirizzo, con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure □ di svolgere attività lavorativa part-time orizzontale o verticale su

 gg. \_\_\_\_\_\_\_ lavorativi;

 □ che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave;

 □ che l’altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona con disabilità grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori;

 □ di assistere con sistematicità ed adeguatezza il disabile con il quale convive;

 □ di non essere convivente con il disabile ma di assisterlo con sistematicità ed adeguatezza;

 □ che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

 **Consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.**

 data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento**

 **emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento indicare la data del provvedimento);

Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).