



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo CHIERI I

OGGETTO: Richiesta benefici L. 104/92 e successive modificazioni e integrazioni.

Il/La sottoscritto/ a

Nato ail.....

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di :

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> T.D | <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part-time verticale |
| <input type="checkbox"/> ATA | <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> T.D | <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part-time verticale |

ed in possesso dei requisiti previsti dalla legge indicata in oggetto, chiede l'autorizzazione a poter usufruire dei benefici previsti da:

- dal comma 1-2-4, dell'art. 33, della Legge 104/92 figlio/a entro i 3 anni;
- dal comma 3, dell'art 33, della Legge 104/92 figlio/a dai 3 ai 18 anni;
- dal comma 3, dell'art 33, della Legge 104/92 parente o affine entro il terzo grado.
- dal comma 6, dell'art 33, della Legge 104/92 per sé stesso.

Allega:

- Verbale ASL di rilasciato il
- Dichiarazione sostitutiva dipendente
- Dichiarazione sostitutiva fratelli/sorelle/coniuge

Data,

FIRMA.....



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47 del T.U approvato con DPR n. 445 del 28 Dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a

Cognome....., nome.....

Nato/a a (prov.....) il

In servizio presso.....

A conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del succitato T.U in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

Che il/la proprio/propria (precisare il rapporto di parentela)

..... (nome e cognome)

Nato/a il non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

di non/ essere convivente e che il disabile ha accettato di essere assistito con i requisiti della continuità ed esclusività dal sottoscritto come dichiarato.

Che si impegna, inoltre, a comunicare le eventuali variazioni delle notizie e situazioni sopra dichiarate;

che nessuna altra persona fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il quale si chiedono i permessi mensili e al quale si presta assistenza.

ovvero che un altro familiare condivide la fruizione del beneficio ai sensi della L104/92 come modificato dall'art. 3 del D.Lgs n. 105/2022;

nome del familiaregrado di parentela.....

Luogo e data

Il/La dichiarante

.....