

RICHIESTA AMMISSIONE AI BENEFICI L. 104/92

Il/La sottoscritto/a nato/a a il codice fiscale
..... residente nel Comune di prov. (.....) in Via
....., docente in servizio presso l'I. C. di Predazzo Tesero Panchià Ziano, **consapevole che le
dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.
445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia**

CHIEDE

- o di essere ammesso ai benefici previsti dalla legge 5 febbraio 1992 n. 104 per l'assistenza al/la proprio/a figlio/a
..... nato/a a il
..... C.F. e residente a
in Via, con situazione di handicap permanente grave ai sensi dell'art. 3 c. 3 della L.
104/92 dichiarato dall'Azienda Sanitaria di Trento con verbale di data, e non ricoverato a tempo pieno
presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria continuativa;

DICHIARA

- o che con il soggetto assistito sussiste il seguente rapporto di parentela:
- o che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
- o che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave
oppure
- o che anche l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave e pertanto consapevole che tali permessi saranno da fruire alternativamente tra i due genitori.

Si impegna altresì a comunicare eventuali variazioni rispetto alla presente dichiarazione entro e non oltre 30 gg. dal verificarsi dell'evento.

Si allega:

- o copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.

Data e Luogo

Firma

DICHIARAZIONE DI AMMISSIONE AI BENEFICI L. 104

VISTA la domanda presentata dalla docente _____ con la relativa documentazione;

VERIFICATO che il /la docente possiede i requisiti necessari per l'ammissione ai benefici di cui alla L. 104 art. 3 comma 3;

DICHIARA

che la docente è ammessa a usufruire dei permessi per assistere il/la proprio/a figlio/a portatore di handicap fino alla data indicata sul verbale di accertamento dell'handicap.

Predazzo,
Prot. icptpz. nr.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Marco Felicetti