

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 sig. 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 con verbale prot. nr. 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, in quanto l'assistito intende avvalersi del sottoscrittore della presente domanda.

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
