

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ in servizio _____ in qualità di _____

CHIEDE

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 Legge 104/92 per:

Cognome e Nome

Rapporto di parentela

Luogo e data nascita

In particolare chiede di usufruire di:

- Tre giorni di permesso al mese
- N. _____ ore mensili

A tal fine dichiara:

- Che la persona in situazione di disabilità non è ricoverata a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
- Di essere convivente con la persona suindicata in condizione di disabilità grave
- Di non essere convivente con la persona suindicata in condizione di disabilità grave, ma di svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza allo stesso/a
- Che non vi sono altre persone che utilizzano i permessi per la stessa persona in situazione di disabilità
- Che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di disabilità presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.....)
- Altro _____

Data _____

Firma _____

ALLEGATI:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 Legge 104/92 (in originale o copia autenticata)
- Altro

Letta l'istanza che precede, vista la documentazione allegata

SI AUTORIZZA

Quanto sopra richiesto

Data _____

Il Dirigente scolastico
Dott.ssa Spurio Pierina