

## Domanda di ammissione ai permessi art.33/21 L.104/92

(per genitori di portatori di handicap grave con età superiore a 18 anni- coniuge- parenti/affini entro 3° grado di portatore di handicap grave)

Data \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
Dell'IPSAR "C.Russo"  
Cicciano (NA)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Dipendente di codesto istituto con il profilo professionale di \_\_\_\_\_

Con contratto a tempo: indeterminato  determinato

Full-time  part-time

### CHIEDE

Di poter fruire dei benefici previsti dalla legge 104/92:

Art. 21 comma 1, 3 art.3;

Art.33 comma 1 e 3;

Per il familiare

Cognome e nome \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

a tal fine dichiara:

che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;

che è convivente con il sottoscritto/a

( se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

\_\_\_\_\_ distanza chilometrica tra le due abitazioni Km \_\_\_\_\_

e il/la sottoscritto/a assiste la persona handicappata con continuità;

che il nucleo familiare originario del portatore di handicap è composto:

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

che il sottoscritto assiste la persona handicappata in via esclusiva ed unica, specificando che tra i sopracitati familiari, i seguenti, pur maggiorenni, sono oggettivamente impossibilitati ad assisterla per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inoltre specifica che:

nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ed altro familiare

Luogo e data, Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 attesto che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza a seguito di identificazione del dichiarante, preventivamente ammonito sulla responsabilità penale e delle altre conseguenze cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Il dipendente addetto

\_\_\_\_\_ (qualifica, cognome, nome e firma)

Prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

- Certificato ASL competente attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art.4 L. 104/92 ( in originale o copia autentica)
- (Qualora nel nucleo familiare del portatore di handicap vi siano altri soggetti in grado di assistere l'handicappato, ma impossibilitati perché si trovano in una ipotesi di oggettiva impossibilità) documentazione che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei componenti il nucleo familiare.
- \_\_\_\_\_