

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.T. "G.C.Falco"
CAPUA (CE)

OGGETTO: Richiesta permessi Legge 104/1992 art. 33 comma 3. A.S. 2023/2024.

Il/La sottoscritt_____ nat _____ a
_____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato presso

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la
sig. _____ (coniuge / figlio / madre / padre /altro _____) nato a
_____ prov. _____ il _____ e
residente a _____-prov. _____ Via _____.

Il/L_____ sottoscritt_, 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,

DICHIARA che:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig./ra _____
 che presta assistenza al/alla sig./ra _____ congiuntamente al/alla
sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ in servizio
Presso _____ per l'a.s. 2023/2024

è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il
riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a
prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per
l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per
l'effettiva tutela dei disabili;

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da
cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello
stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat __ a
 _____ prov. (____) il _____, residente a
 _____-prov. _____ - Via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione INPS/ASL di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito dal/la sig./ra _____ nato/a a _____-prov. _____ - il _____ C.F. _____ e residente in _____ congiuntamente al/la sig./ra _____ nato/a a _____-prov. _____ - il _____ C.F. _____ e residente in _____

_____ li _____

Firma

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000

(da compilare solo se appartengono allo stesso nucleo familiare del soggetto disabile)

Il/La sottoscritt_____ nat_a _____
_____ prov. (_____) il _____
di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:
_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici
previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Il/La sottoscritt_____ nat_a _____
_____ prov. (_____) il _____
di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:
_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici
previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Il/La sottoscritt_____ nat_a _____
_____ prov. (_____) il _____
di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:
_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici
previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

I sottoscritti dichiarano di essere convidenti con il/la
Sig. _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____, familiare disabile, con il
quale abitano nel Comune di _____ (_____) via

_____ li, _____

Firme _____

