

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

del \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI DI CUI ALL'ART. 33/C. 3 O 6 DELLA LEGGE 104/92

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

Il \_\_\_\_\_ personale \_\_\_\_\_ servizio presso questo Istituto con  
con contratto a Tempo Indeterminato/Determinato, al fine di poter fruire dei benefici dell'art. 33 della  
Legge 104/92:

**DICHIARA**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto  
la propria responsabilità, quanto segue:

☐ il/la sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Portatore di Handicap grave accertato dall'ASL/INPS di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

ha il seguente grado di parentela con lo/la scrivente \_\_\_\_\_

☐ che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o  
privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della  
sottoscritto/a

☐ che è convivente con il sottoscritto/a  
(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

.....  
.....

☐ che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap

☐ di non essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap in via esclusiva ed a carattere  
continuativo, in quanto usufruisce dei benefici dell'art. 33 L. 104/92. Di seguito si elencano gli altri soggetti :

1 Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Azienda/Professione/ sede lavoro: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_

2 Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Azienda/Professione/ sede lavoro: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_

3    Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Azienda/Professione/ sede lavoro:

\_\_\_\_\_ Tel.

\_\_\_\_\_ Rapporto di parentela:

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed è conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione. Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare ....)

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**ALLEGATI**

- ☐ Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L.104/92 (in originale o copia autentica)
- ☐ documento d'identità del richiedente;
- ☐ documento d'identità dell'assistito
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....