



ISTITUTO COMPRENSIVO
"Leopoldo II di Lorena"
FOLLONICA

via Balducci 2, 58022 Follonica (GR) -- tel. 0566 59052 -- C.F. 92077430533
e-mail: gric828005@istruzione.it gric828005@pec.istruzione.it -- http:// www.iclorena.edu.it

Al Dirigente Scolastico
I.C. Leopoldo II di Lorena"
Follonica

Il/la sottoscritt _____ nato/a il _____
A _____ (Prov. _____), residente a _____ (Prov. _____)
In via /piazza _____ n° _____
In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

CHIEDE

Di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di parente, affine o coniuge di una persona con disabilità:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Artt. 46 e 47 (R) t.u. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa –
DPR28/12/2000, N°445

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

Che l'ASL di _____, nella seduta del ___/___/___, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ grado di parentela _____
Data di nascita _____ luogo di nascita _____ Prov _____
residente a _____ in via/piazza _____

Che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore)
			Dati del datore di lavoro

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;





ISTITUTO COMPRENSIVO
"Leopoldo II di Lorena"
FOLLONICA

via Balducci 2, 58022 Follonica (GR) -- tel. 0566 59052 -- C.F. 92077430533
e-mail: gric828005@istruzione.it gric828005@pec.istruzione.it -- http:// www.iclorena.edu.it

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato

oppure

- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornirle assistenza, ancorché non lavoratori, come da dichiarazioni personali che si allegano.

Cognome e nome	Grado di parentela

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato /autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71,75 e 76 –T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa- D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

Allegati:

Data _____

il/la Dichiarante

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

+++++

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza / non si autorizza la fruizione dei benefici previsti della L. 104/92, art.33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

Follonica _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Paola BRUNELLO

