

**Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92 e successive modificazioni**

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_

In servizio presso questo Istituto in qualità di:

- Docente     Assistente amministrativo     Assistente tecnico     Collaboratore scolastico

CHIEDE

Alla S.V. di poter fruire dei benefici previsti della Legge 5/2/1992 n°104 e successive modificazioni ed integrazioni per:

- Se stesso, essendo stato riconosciuto soggetto avente diritto ai benefici dell'art. 3 comma 3 come risulta dal verbale della commissione medica dell'ASL di \_\_\_\_\_

- Il seguente familiare:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_

riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di \_\_\_\_\_

- con scadenza al \_\_\_\_\_  
 senza revisione (4 c. 1 della L. 104/92).

A tal fine, dichiara

- che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o strutture pubbliche e private dedicate all'assistenza sanitaria;  
 Di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap.  
 Di non essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap.

Si allegano alla presente: documenti di identità del dichiarante e degli assistiti, verbali di riconoscimento dei benefici rilasciati dall'ASL competente.

*Il sottoscritto, 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 a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.*

Belgioioso, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_