

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. "MATTEI- DI VITTORIO"  
VIA BIZET 1 20096 PIOLTELLO (MI)

Oggetto:

Il/la sottoscritto/a.....in servizio presso l'IC "Mattei-Di Vittorio" di Pioltello, in qualità di .....chiede di poter fruire dei benefici previsti dalla L.104/92

**Per assistere un genitore o parente/affine in situazione di handicap grave** (art.33 c. 3 della Legge 104/1992);

A tal fine dichiara:

- che l'ASL di .....,nella seduta del...../...../....., ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata, di:  
Cognome e Nome.....Grado di parentela (entro il 3° grado)  
.....Nato/a.....  
il.....Residente a .....in Via/Piazza  
.....
- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap sopra specificato;
- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza come da dichiarazione allegate;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazioni allegate;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato 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.**

Il Dipendente

---

Si allega:

- verbale della Commissione Medica di Verifica;
- Autocertificazione Stato di famiglia;
- n. \_\_\_\_ dichiarazioni dei familiari;
- n. \_\_\_\_ copie documenti identità con firma in originale;

Il Dipendente

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* (Spazio riservato all'ufficio) \*\*\*\*\*

Pratica controllata dall'Assistente amministrativo di riferimento:.....

Firma.....

\*\*\*\*\*

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

Motivi per eventuale diniego:

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Caterina Rossi