

OGGETTO: Richiesta benefici Legge 104/1992 art. 33 comma 3 o 6

Il/L __ sottoscritt __ _____

nat __ a _____ prov. (____) il _____,

qualifica _____ tempo determinato/indeterminato presso l'IC Don

Lorenzo Milani di Bari

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992.

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,

D I C H I A R A

- che necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità\ alla situazione di disabilità di

- che il legame di parentela con l'assistito è

- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, cioè strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;

- che l'altro familiare che beneficia dei permessi di cui alla Legge 104/92 per lo stesso assistito è il dipendente (cognome e nome) con il seguente grado di parentela/affinità:

- l'assistito è convivente SI NO

S I I M P E G N A

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;

- fotocopia carta di identità e codice fiscale dell'avente diritto.

Firma _____

_____ li _____
