

## DICHIARAZIONE PERSONALE

( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)  
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Al Dirigente Scolastico  
I.S.S.I.T.P. "G.B. FERRIGNO"  
CASTELVETRANO

**OGGETTO: Richiesta benefici Legge 104/1992.**

\_ I \_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ nella Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in servizio nel corrente anno scolastico presso codesto Istituto nella qualità di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con incarico a tempo determinato/indeterminato chiede di voler

usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la

**padre/madre** sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

\_ I \_ 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

DICHIARA che:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza al **padre/madre portatore di handicap grave art. 3 comma 3;**

- che il/la padre/ madre sig. \_\_\_\_\_ ha problemi di salute;

- che ha un/una fratello/sorella:

| \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

- che ha un/una cognato/a:

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

impossibilitati ad assisterla (vedi autocertificazione allegata);

- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso alcun Istituto di Cura o Presidio Ospedaliero;

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Castelvetro. \_\_\_\_\_

Firma

Allegati:

- 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.