

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

_ I _ sottoscritt _____ nat_ il _____
a _____, residente a _____
nella Via _____ n. _____, in servizio nel corrente anno scolastico
presso codesto Istituto nella qualità di _____ con Incarico a
Tempo Indeterminato

C H I E D E

in applicazione della Legge n. 104, che gli vengano riconosciuti i benefici della suddetta
legge per la _____ sig. _____
nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____
portatore di **handicap grave** in quanto unico componente del nucleo familiare a poter
prestare assistenza.

Allega:

- Dichiarazione personale richiedente;
- Copia fotostatica carta identità richiedente;
- Dichiarazione personale coniuge;
- Copia fotostatica carta identità coniuge;
- Dichiarazione personale fratello;
- Copia fotostatica carta identità fratello;
- Dichiarazione personale sorella;
- Copia fotostatica carta identità sorella;
- **Verbale** apposta **Commissione Medica di Verifica** di _____
attestante lo stato di disabilità grave (art.3 – comma 3 - della L. 104/1992)

Castelvetrano _____

FIRMA
