

Oggetto: Richiesta benefici L. 104/1992

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso l'I. O. "Pestalozzi" di Catania, 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 a _____ il _____
Residente a _____ in Via/Piazza _____

- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo 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 dichiarazioni 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:

Copia verbale della Commissione Medica di Verifica;

Copia documento di identità in corso di validità con firma originale dell'assistito;

Autocertificazione Stato di famiglia;

n. ____ dichiarazioni dei familiari;

n. ____ copie documenti identità dei familiari in corso di validità con firma in originale;

Catania _____

Il Dipendente
