



Distretto Scolastico n. 15

Istituto Comprensivo Statale Rende Centro

Via D. Vanni, 43 - 87036 Rende (Cs) ☎ e fax . 0984-443004 e-mail: csic89000n@istruzione.it

- C.F. 80004280782 – Cod. mecc. CSIC89000N

sito web : www.icrendecentro.gov.it

Prot. Nr. 6733 B-3 / B-10

Rende, 5 settembre 2017

Al Personale docente

Al Personale ATA

Loro Sedi

Oggetto: Fruizione permessi ai sensi della Legge 104/92 – a.s. 2017-2018

Ai fini della fruizione dei permessi della Legge 104/92 si chiede ai beneficiari di voler produrre apposito modello allegato con le relative dichiarazioni dei familiari (*solo per i non conviventi con il soggetto disabile*) allegare documento di riconoscimento degli stessi insieme al verbale rilasciato dalla Commissione Medica di Verifica e consegnare presso l'Ufficio di Segreteria nel più breve tempo possibile e comunque prima dell'eventuale fruizione dei permessi.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Teresa Barbuscio



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/La sottoscritt _____ nato/a a _____
prov. () il _____ (specificare la relazione di parentela o affinità)
_____ del Sig. _____
familiare disabile,

“
L,
F

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: _____

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Si allega documento di riconoscimento.

_____ li, _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
C.F. _____ residente a _____ (Prov. _____)
in Via/Piazza _____ n° _____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza a:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____
Data e luogo di nascita _____ C.F. _____ Residente
a _____ Via _____, riconosciuto/a
portatore di handicap, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L.,
che si allega.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA¹

- di essere convivente con il _____ disabile;
- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
- che la persona diversamente abile non è ricoverato/a a tempo pieno c/o Istituti Specializzati;
- che non vi sono parenti che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;
- Che non vi sono altri figli in condizione di effettuare l'assistenza al genitore diversamente abile in situazione di gravità e che tale unicità deriva dalla circostanza che altri figli non sono in grado di consentire l'effettiva e continuativa assistenza per ragioni esclusivamente oggettive, come risulta dalle dichiarazioni allegate.
- Si allegano n° _____ dichiarazioni dei parenti/figli della persona diversamente abile.

Data _____

Il/la Dichiarante _____

¹ barrare solo le caselle che interessano.