



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](mailto:csic89000n@istruzione.it)

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

sito web : [www.icrendecentro.gov.it](http://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,

**DICHIARA<sup>1</sup>**

- 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  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> barrare solo le caselle che interessano.