DICHIARAZIONE PERSONALE PER USUFRUIRE DEI PERMESSI L.104/92

# Al Dirigente Scolastico

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritta **………………………………………………………………………………………………………………………………………** nato/a a …………………………………………………………………………….………………………… il …………………………………………. Codice fiscale ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Residente a …………………………………………………………………………. In via ……………………………………………………………..

# C H I E D E

**di usufruire dei benefici previsti della legge 104/92 e successive modificazioni, per assistenza a :** Cognome e Nome ……………………………………………………………………………….. grado di parentela ………………………… Data e luogo di nascita …………………………………………………………………………………………………………………………………. Codice fiscale …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Residente a …………………………………………………………………………. In via …………………………………………………………….. **Riconosciuto portatore di handicap, come da verbale di certificazione, che si allega.**

# DICHIARA

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000*

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art. 15 comma 1 della legge 183/2011 :

* di prestare assistenza in qualità di referente della persona diversamente abile;
* che la persona diversamente abile non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
* di essere l'unico/a referente ad aver chiesto di fruire per l'intero anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza;
* ovvero: usufruiranno dei benefici di cui alla suddetta legge per l’a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_ anche i Sigg.

nato/a\_il a in servizio presso

nato/a\_il a in servizio presso

* *Si allegano n* *dichiarazione/i solo se si assistono parenti o affini di terzo grado*
* *verbale legge 104/92 e documento di riconoscimento della persona diversamente abile*
* *documento di identità*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

……………………………………………………………….