

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_,

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_,

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO SEDE DI \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI:

- PERSONALE A.T.A. PROFILO \_\_\_\_\_
- DOCENTE SCUOLA INFANZIA  PRIMARIA  SEC. DI I GRADO

CLASSE DI CONCORSO/INSEGNAMENTO \_\_\_\_\_

A TEMPO DETERMINATO/INDETERMINATO PER N. ORE \_\_\_\_\_ SETT.LI.

### CHIEDE

DI POTER USUFRUIRE DEI BENEFICI PREVISTI AI SENSI DELL'ART. 33, C. 3 DELLA LEGGE 104/92

IN QUANTO DEVE PRESTARE ASSISTENZA AL/ALLA \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_, RESIDENTE A

\_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

IL/LA QUALE E' STATO RICONOSCIUTO INVALIDO CIVILE, CON DIRITTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO E IN SITUAZIONE DI HANDICAP IN STATO DI GRAVITA' AI SENSI DELLA LEGGE 104/92.

A TAL FINE DICHIARA:

- CHE IL/LA \* \_\_\_\_\_, NON E' RICOVERATO/A IN ALCUN ISTITUTO PUBBLICO O PRIVATO;
- CHE IL/LA SOTTOSCRITTO/A E' CONSAPEVOLE CHE IL DIRITTO ALLA FRUIZIONE DEI PERMESSI, AI SENSI DEL D.LGS 105/2022, PUO' ESSERE RICONOSCIUTO ALLA SOTTOSCRITTA E/O, ALTERNATIVAMENTE, AD ALTRO/I SOGGETTO/I PREVISTO/I DALLA LEGGE, PER L'ASSISTENZA ALLA STESSA PERSONA CON L'HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA', NEL LIMITE MASSIMO MENSILE DI 3 GIORNI COMPLESSIVI TRA I BENEFICIARI.

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- COPIA VERBALE ACCERTAMENTO STATO DI INVALIDITA'
- COPIA VERBALE COMMISSIONE MEDICO-LEGALE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92.

LA SOTTOSCRITTA, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI PREVISTE IN CASO DI FALSA DICHIARAZIONE, CONFERMA LA VERIDICITA' DELLE NOTIZIE FORNITE E SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALI VARIAZIONI ALLA SITUAZIONE SOPRA DESCRITTA

IN FEDE

Calvisano, il \_\_\_\_\_

(\*) GRADO DI PARENTELA

-----  
VISTO, SI AUTORIZZA  
LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Prof.ssa Valentina Marafioti