

Al Dirigente Scolastico  
I.C. "Virgilio" Eboli

OGGETTO: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n. 104/92.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
in servizio presso l'I.C. "Virgilio" in qualità di docente/ATA a tempo indeterminato-determinato

**CHIEDE**

**Di beneficiare**

- dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3  
 del congedo biennale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria personale responsabilità (ai sensi degli art. 46/47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000)

Di prestare assistenza nei confronti di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

- il familiare è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dalla commissione Medica dell'A.S.L. che si allega.  
 il familiare è convivente con il/la scrivente  
 il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il familiare disabile (si allega dichiarazione e documento di eventuali parenti che non possono assistere il familiare)  
 il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno  
 il familiare assistito ha il seguente grado di parentela \_\_\_\_\_  
Che pur avendo un grado di parentela di terzo grado il familiare non ha parenti che possono assisterlo/a in quanto  
 mancanti     affetti da patologie invalidanti documentate     ultrasessantacinquenni

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni a quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*.

\* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Si allega: copia orinale del verbale ASL, dichiarazioni che gli altri familiari non fruiscono dei permessi o non sono idonei a prestare assistenza , documento di riconoscimento eventuale documentazione medica.

Il/la dichiarante

Eboli, ..... ....

RISERVATO ALL'UFFICIO DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO "Virgilio" Eboli

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Vista l'istanza del Sig. \_\_\_\_\_  
- Vista la documentazione allegata;

AUTORIZZA     NON AUTORIZZA

alla fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.  
Motivi eventuale diniego \_\_\_\_\_

Eboli, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Gabriella Ugatti

Al Dirigente Scolastico  
Dell'I.C. "Virgilio"  
Eboli

Oggetto: Dichiarazione dei parenti del disabile.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
(grado di parentela) \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Sig.

familiare disabile, residente nel comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'

Ai sensi della Legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza  
continuativa al Sig. \_\_\_\_\_ disabile per il seguente motivo:

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

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Eboli, \_\_\_\_\_

In fede