



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"MICHELE GIUA"**



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE
Via Montecassino n. 41 - 09134 CAGLIARI – Tel. 070.500786 – 070.501745
email: catf04000p@istruzione.it PEC: catf04000p@pec.istruzione.it C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

Al Dirigente Scolastico
IIS "Michele Giua" – Cagliari

OGGETTO: Richiesta benefici ai sensi della Legge 104/92

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto scolastico in qualità di _____, chiede di poter fruire dei benefici previsti dalla L.104/92.

in quanto disabile (art. 33 cc. 2, 3 e 6 della Legge 104/1992).

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap come da documentazione allegata.
- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
 - tre giorni al mese;
 - due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

per assistere un genitore o parente/affine in situazione di handicap grave (art. 33 c. 3 della Legge 104/1992);

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata, di

Cognome e Nome _____ Grado di parentela (entro il 3° grado)

_____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"MICHELE GIUA"**



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE
Via Montecassino n. 41 - 09134 CAGLIARI – Tel. 070.500786 – 070.501745
email: catf04000p@istruzione.it PEC: catf04000p@pec.istruzione.it C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;
- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza come da dichiarazioni allegate;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazioni allegate;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

per assistere figli minori con handicap grave (art. 33 c. 2 della Legge 104/1992).

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata, del figlio
Cognome e Nome _____ (data adozione/affido)
_____ data e luogo di nascita _____ Residente a
_____ Via/Piazza _____
come risulta dalla certificazione che si allega.
- che il minore ha meno di tre anni di vita e perciò opta per prolungare il periodo di astensione facoltativa;
oppure
- usufruire di due ore di permesso giornaliero.
- che il minore più di tre anni di vita e perciò dichiara che il coniuge non fruisce dei benefici della L.104.
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"MICHELE GIUA"**



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE
Via Montecassino n. 41 - 09134 CAGLIARI – Tel. 070.500786 – 070.501745
email: catf04000p@istruzione.it PEC: catf04000p@pec.istruzione.it C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R.
28/12/2000, n° 445.

Il Dipendente

Si allegano:

- verbale della Commissione Medica di Verifica / certificazione provvisoria di handicap;
- certificato di Stato di famiglia;
- n. ____ dichiarazioni dei familiari;
- programma di assistenza;
- attestazione di congruità del programma di assistenza.

Luogo _____

Data _____

(Spazio riservato all'ufficio)

Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza / non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi per eventuale diniego:

