

**RICHIESTA AGEVOLAZIONE L. 104**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Superiore Piazza Resistenza  
Monterotondo

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

- tre giorni al mese;
- due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (nel limite di 18 ore al mese);

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 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**

a. Che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

(data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

come risulta dalla certificazione che si allega.

- di prestare un'assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata;
- 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;  
*oppure*
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato 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.

Data \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**Allegati:**

- Copia certificazione rilasciato Asl ai sensi dell'art. 4 della Legge 104/1992
- N. \_\_\_\_\_ dichiarazioni (fratelli/sorelle/genitori abili/affini..... entro 3° grado) con fotocopie documento riconoscimento.

<sup>1</sup> Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);  
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).