

PROT. n.

DEL

AL DIRIGENTE SCOLASTICO I.C ROSMINI
Via Diaz, 44 - 20021 BOLLATE

(luogo) data

**Oggetto: COMUNICAZIONE di fruizione dei benefici previsti dall'art.33, comma 3 della legge 104/1992
ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP**

Il/la sottoscritto/a	
----------------------	--

In servizio nella scuola di	BOLLATE	via
-----------------------------	---------	-----

Con contratto	A tempo indeterminato (.....)	A tempo determinato (.....)	Segnare con (X) la parte che interessa
---------------	-------------------------------	-----------------------------	---

In qualità di	DSGA (.....)	Assistente amministrativo (.....)	Collaboratore scolastico (.....)
	Docente sc. Primaria (.....)	Docente sc. Secondaria 1° (.....)	Segnare con (X) la parte che interessa
	Docente sc. Infanzia (.....)		

dovendo assistere il proprio familiare, riconosciuto/a persona con handicap in situazione di gravità, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale

PER FRUIRE DEI BENEFICI PREVISTI DALLA L.104/1992

art.33, comma 3 come modificato dall'art.21 del D.L 324/1993, convertito con modificazioni in L.423/1993 e dall'art.20 della L.53/2000

COMUNICA

- di poter fruire dei benefici previsti dall'art.33 L.104/92 c.3. A tal fine dichiara che il familiare non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
- di doversi assentare dal servizio

DAL	AL	TOTALE GIORNI
DAL	AL	TOTALE GIORNI
DAL	AL	TOTALE GIORNI

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuali controlli da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare....)

ALLEGATI (se non già acquisiti nel fascicolo personale)

- CERTIFICATO ASL COMPETENTE, ATTESTANTE SITUAZIONE DI GRAVITA' ACCERTATA AI SENSI DEL COMMA 1, ART.4 DELLA L.104/92 (in originale o copia autentica)
- (QUALORA NEL NUCLEO FAMILIARE DEL PORTATORE DI HANDICAP VI SIANO ALTRI SOGGETTI IN GRADO DI ASSISTERE L'HANDICAPPATO, MA IMPOSSIBILITATI PERCHE' SI TROVANO IN UNA IPOTESI DI OGGETTIVA IMPOSSIBILITA' DOCUMENTAZIONE CHE ATTESTI LO STATO DI IMPOSSIBILITA' TEMPORANEA O PERMANENTE DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Firma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. SALVATORE BIONDO