

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO ARDEA II
TOR S. LORENZO 00040 ARDEA (RM) - VIA TANARO – tel. 0691010779 fax 0689767323

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
ISTITUTO COMPRENSIVO di
ARDEA II

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 3 comma 3. Familiare

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a
_____ prov. (_____) il _____,
qualifica_____ tempo determinato/indeterminato presso

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 3 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la
sig._____ (coniuge / figlio / madre / padre /
_____) nato a _____ -prov. _____ -
il _____ e residente a _____ -prov. _____ -
Via _____

Il/L_____ sottoscritt_____, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi
sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e
dalle leggi speciali in materia, DICHIARA che:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. _____
_____;
- l'altro genitore sig. _____ C.F. _____
non dipendente / dipendente presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla
sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il
riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a
prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per
l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per
l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione dei familiari (fotocopia della carta d'identità) di non usufruire della Legge 104/92 per lo stesso soggetto disabile