



# Liceo Scientifico Statale «Antonio Pacinotti»

Via XV Giugno - 19123 La Spezia (SP)

Al Dirigente Scolastico del

Liceo Scientifico Statale "A. Pacinotti"

## Domanda per usufruire dei Permessi per Assistenza a familiare disabile (Legge 104/92, Art. 3, comma 2)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome) (Qualifica)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Codice Fiscale \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 per assistere:

Il/La Sig./Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_ grado di parentela o affinità \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Codice Fiscale \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

A tal fine, 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 in materia,

### DICHIARA CHE

- Nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- Altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave  
Sig./Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
datore di lavoro \_\_\_\_\_
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela di \_\_\_\_\_ grado è coniugato/a con \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- 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, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3/12/2010 n. 155;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega:

- copia verbale commissione medica di verifica del requisito di portatore di handicap grave art. 3 comma 3 Legge 104/92 rilasciata da \_\_\_\_\_

La Spezia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)