



**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



Istituto Comprensivo Anzio III
Member of UNESCO
Associated Schools



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPrensivo ANZIO III**

Via Machiavelli 10/b tel.06/9873212 - Fax 06/9873540 – rmic8c700e@istruzione.it

00040 Lavinio di ANZIO - ROMA

C.M. RMIC8C700E C.F. 90000150582

Data di arrivo _____

n. di protocollo _____

Tit _____ class. _____

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Anzio III**

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a 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.

Il/La sottoscritto/a 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:

- presta assistenza nei confronti del disabile riconosciuto in situazione di gravità

Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____

grado di parentela _____

- ovvero necessità delle agevolazioni relative alla propria situazione di gravità:

- di assistere parenti o affini entro il 2° grado;
- oppure parenti o affini entro il 3° grado;
- che la persona assistita non è ricoverata a T.P.;
- di essere il referente unico ed il solo ad usufruire dei benefici nei termini di permessi e/o agevolazioni di cui alla Legge 104/92 per assistenza allo stesso disabile;
- che in qualità di genitore di figlio disabile è a conoscenza che la fruizione dei permessi di cui alla L. 104/92 è alternativa ai benefici di cui D.Lgs. 151/2001;
- che in qualità di genitore di figlio disabile è a conoscenza che le figure parentale (madre/padre) possono usufruire alternativamente dei permessi citati nel limite massimo previsto dalla Legge.

Il/La sottoscritto/a si impegna a dichiarare ogni variazione delle situazioni di fatto o di diritto da cui può conseguire la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

E' altresì consapevole che in caso di rilascio di dichiarazione mendaci e/o falsi attestazioni, e/o omissioni di atti, lo scrivente è perseguibile ai sensi del Codice Penale.

Si allega:

- 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;
- Autocertificazione con documento d'identità a cura dei parenti che non usufruiscono dei benefici della L. 104;

_____ li _____

Firma
