

Oggetto: Richiesta di beneficio per l'assistenza delle persone con handicap in situazione di gravità.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ PV (___)
il _____ In servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di _____

CHIEDE

di fruire del seguente beneficio, previsto dalle vigenti norme per l'assistenza dei portatori di handicap in situazione di gravità:

BENEFICIO DI 3 GIORNI AL MESE PER L'ASSISTENZA AL PARENTE O AFFINE CON HANDICAP GRAVE
_____ nato/a a _____ PV (___) il _____
(cognome e nome)

il/la quale, nei miei confronti, è parente di _____ grado o affine di _____ grado (ex art. 33, comma 3, Legge 104/1992 e art. 20 della Legge 53/2000).

Ai fini di cui sopra allego la seguente documentazione:

- certificazione della commissione medica
- dichiarazione degli altri familiari.

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP

Il/La sottoscritt _____ nat _a _____
prov. () il _____

Il/La sottoscritt _____ nat _a _____
prov. () il _____

Il/La sottoscritt _____ nat _a _____
prov. () il _____

familiari del/della Sig./Sig.ra _____ disabile,

(specificare la relazione di parentela o affinità) _____ ,

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: _____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firme _____

