

Insegnare con Metodo, Apprendere con Gusto in Europa

Teaching innovation, learning motivation

2019-1-IT02- KA101-061481



 

Ministero dell‘Istruzione

Istituto Comprensivo II

#### “Rita Levi Montalcini 1909-2012”

Via CARAVAGGIO, 1 – 20851 LISSONE (MB) Tel. 039480792

 mbic8f5003@pec.istruzione.it – mbic8f5003@istruzione.it

Cod. meccanografico: mbic8f5003 – CF: 85017330151 – codice univoco: UF78X1

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo II

“Rita Levi Montalcini”

Via Caravaggio, 1

LISSONE (MB)

**Oggetto: richiesta benefici ai sensi della legge 104/92**

Il/La sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in servizio presso l’Istituto Comprensivo II “Rita Levi Montalcini” di LISSONE (MB) in qualita’ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di poter fruire dei benefici previsti dalla L.104/92 per situazione di handicap con connotazione di gravità (L.104/92, art.3, c. 3)

A tal fine dichiara:

* che la situazione di handicap grave per cui chiede i suddetti benefici concerne possibilità di **assistere UN GENITORE O PARENTE/AFFINE IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE** (art.33, c.3 della Legge 104/1992)
* che la Commissione Medica della ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell’handicap (art.3, c.3 della legge 104/92), come da documentazione allegata, di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado di parentela (entro il 3°grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all’indirizzo sopra specificato;
* di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possono fornirle assistenza;
* che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno pressoIstituti specializzati;
* che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
* di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

**OPPURE DICHIARA**

* che la situazione di handicap grave per cui chiede i suddetti benefici concerne la possibilità di **assistere FIGLI MINORI CON HANDICAP GRAVE** (art.33, c.2 della Legge 104/1992)
* che la Commissione Medica della ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell’handicap (art.3, c. 3 della Legge 104/92), come da documentazione allegata, del figlio/a

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data adozione/affido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che il minore ha meno di tre anni di vita e perciò opta:
* per prolungare il periodo di astensione facoltativa

**oppure**

* per usufruire di due ore di permesso giornaliero
* che il minore ha più di tre anni di vita e che il coniuge non fruisce dei benefici della L.104/92
* di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n.445.

**OPPURE DICHIARA**

* che la situazione di handicap grave per cui chiede i suddetti benefici concerne **SE STESSO** (art.33, c. 6 della Legge 104/1992)
* che la Commissione Medica della ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell’handicap (art.3, c. 3 della Legge 104/92), come da documentazione allegata
* di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n.445.

IL DIPENDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

- verbale della Commissione Medica;

- certificato di Stato di famiglia.

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista l’istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza /non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Elisabetta Gaiani)

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_