



**ISTITUTO COMPRENSIVO "BEATO ANGELICO"**

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

[www.dicambiobeatoangelico.it](http://www.dicambiobeatoangelico.it)

[FIC86000C@istruzione.it](mailto:FIC86000C@istruzione.it) ; [beatoang@tin.it](mailto:beatoang@tin.it) - PEC : [FIC86000C@pec.istruzione.it](mailto:FIC86000C@pec.istruzione.it)

Prot.

Firenze,.....

Al Dirigente scolastico

I.C.BEATO ANGELICO

**OGGETTO: RICHIESTA DI BENEFICIARE DEI PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE N.104/92.**

\_1\_ sottoscritt\_ .....

docente /ATA assunt\_ con contratto a tempo  indeterminato -  determinato in servizio presso la scuola .....

.....

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla L. 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza a:

Cognome e nome .....parentela.....

Data e luogo di nascita.....

Residente a..... (.....) via ..... n.....

Riconosciuto/a invalido/a in situazione di gravità come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A:S:L: che si allega.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della L. 15/1968, dichiara (1):

il/la sottoscritto/a assiste con continuità ed in via esclusiva il familiare disabile;

il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;

per il familiare sopra indicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle A.S.L.;

che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e nome..... parentela.....

Data di nascita..... residente..... motivazione..... (2)



## ISTITUTO COMPRENSIVO "BEATO ANGELICO"

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

[www.dicambiobeatoangelico.it](http://www.dicambiobeatoangelico.it)

[FIIIC86000C@istruzione.it](mailto:FIIIC86000C@istruzione.it) ; [beatoang@tin.it](mailto:beatoang@tin.it) - PEC : [FIIIC86000C@pec.istruzione.it](mailto:FIIIC86000C@pec.istruzione.it)

Cognome e nome..... parentela.....

Data di nascita..... residente..... motivazione..... (2)

Cognome e nome..... parentela.....

Data di nascita..... residente..... motivazione..... (2)

Cognome e nome..... parentela.....

Data di nascita..... residente..... motivazione..... (2)

(1) Barrare solo le caselle che interessano;

(2) Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata:

- 1 . E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
- 2 . E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
- 3 . E' di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
- 4 . E' Studente/Studentessa;
- 5 . E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
- 6 . E' di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta (per gli invalidi di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo);
- 7 . E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
- 8 . E' privo di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
- 9 . Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare).

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

Data .....

Firma .....

\*\*\*\*\* (Spazio riservato all'ufficio) \*\*\*\*\*

Il Dirigente scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,  
AUTORIZZA/NON AUTORIZZA la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive  
modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego:.....

.....

La DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni



**ISTITUTO COMPRENSIVO“BEATO ANGELICO”**

Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE

Tel.055362535 – 055350238 - FAX 055366835

[www.dicambiobeatoangelico.it](http://www.dicambiobeatoangelico.it)

[FIC86000C@istruzione.it](mailto:FIC86000C@istruzione.it) ; [beatoang@tin.it](mailto:beatoang@tin.it) - PEC : [FIC86000C@pec.istruzione.it](mailto:FIC86000C@pec.istruzione.it)

Prot.

Firenze,.....

Al Dirigente scolastico

I.C.BEATO ANGELICO

**OGGETTO: RICHIESTA PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE N.104/92.**

1 sottoscritt\_ .....

docente /ATA assunt\_ con contratto a tempo  indeterminato -  determinato in servizio presso la scuola

.....

beneficiario dei permessi (GG.3) previsti dalla L. 104/92 art. 33

CHIEDE

di poter fruire permesso :

il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....

il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....

il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....

tot. GG \_\_\_\_\_

Data.....

Firma del richiedente .....

La DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Eda Bruni