



Istituto Superiore "G. Falcone"

Via Matteotti, 4
21013 Gallarate (VA)
tel. 0331 790226 fax 0331 770379

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.S. "G. FALCONE" - GALLARATE

AGEVOLAZIONE LEGGE 104/92

Il / La sottoscritto/a _____
nat ___ a _____ il _____
in servizio presso codesto istituto in qualità di _____
a tempo *indeterminato* *determinato*

chiede

di poter usufruire di n. 3 giorni di permesso mensile ai sensi dell' art. 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992 n. 104 così come modificato ed integrato dalla legge 08.03.2000 n. 53, dovendo prestare, in via esclusiva e continuativa, assistenza al proprio (*)

_____ Sig. _____

A tal fine, ai sensi dell' art. 4 della Legge 04.01.1968 n. 15, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della medesima Legge per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara che:

- il proprio familiare Sig. _____

- non è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato;
- è convivente;
- non è convivente e risiede a _____
con i seguenti familiari _____
che non beneficiano delle agevolazioni di cui all'oggetto in quanto non possono garantire l'assistenza al disabile convivente per i casi richiamati dalla circolare INPS n. 133/2000;
- la presenza in famiglia di più di 3 minorenni;
- la necessità di assistenza notturna del disabile, valutata dal medico INPS;
- la grave malattia, documentata, valutata, dal medico INPS;
- il ricovero ospedaliero;
- la malattia temporanea, riconosciuta dal medico INPS;
- la minore età del familiare convivente;
- la condizione di studente del familiare convivente;



Istituto Superiore "G. Falcone"

Via Matteotti, 4
21013 Gallarate (VA)
tel. 0331 790226 fax 0331 770379

- l'età superiore a 70 con una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
- l'incapacità totale al lavoro;
- l'infermità superiore a due terzi;
- la mancanza di patente di guida in caso di necessità di trasporto del disabile;
- che non esistono altri familiari cui demandare l'assistenza del Sig. _____;

A tal fine allega alla presente istanza:

- Certificazione attestante lo stato di gravità dell' handicap di cui è portatore il proprio familiare Sig. _____ rilasciata dall'apposita Commissione Medica presso l' A.S.L.. di _____;
- Certificazione provvisoria attestante lo stato di gravità dell' handicap di cui è portatore il proprio familiare Sig. _____ rilasciata da un Medico Specialista della patologia denunciata e copia della documentazione di accertamento presentata alla A.S.L. di _____

Data _____

(firma)

(*) Specificare grado di parentela o affinità

Il Dirigente Scolastico
Vito Ilacqua