

MODULO AMMISSIONE PERMESSI LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo di Crucoli

Il/La sottoscritt_____ nat_ a
_____ prov. () il _____,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato
presso _____

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 della legge 104/1992 per assistere
il/la Sig./Sig.ra _____,
portatore di handicap, con grado di parentela _____
nato a _____ prov. _____ il _____
C.F. _____ e residente a
_____ prov. _____,
via _____.

Il/La sottoscritt___, consapevole che le dichiarazioni mendaci, 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 il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso la struttura pubblica
o privata;
- che è/non è convivente con il/la sottoscritto/a
(se non è convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

Distanza chilometrica tra le due destinazioni Km. _____.

Il/La sottoscritto__ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 D.P.R. n.445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazioni saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara:

- Di essere l'unico soggetto ad occuparsi del portatore di handicap;
- Che, oltre al sottoscritto, si occupano del portatore di handicap i seguenti familiari:

- _____
- Che le notizie fornite con il presente modello corrispondono a verità e s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali modifiche dei dati sopra esposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap...)

_____ li _____

Firma

Allegati:

- Certificato ASL competente attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.1 comma 4 L. 104 (in originale o copia autentica);
- Carta d'identità della persona portatrice di handicap;
- Codice Fiscale della persona portatrice di handicap.

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (_____) il _____,
residente a _____ prov. (_____),
via _____.

Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, per
dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di
_____ il _____;
- di essere in condizioni di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge
104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____

Luogo e data

Firma
