logo-ministero-dellistruzione

**Ministero dell’Istruzione**

**Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia**

**Istituto Comprensivo “Armando Diaz”**

**Piazza Cardinal G. Massaia, 2 - 20123 Milano - Tel. 02 884 461 45**

**C.F. 80127150151 - Cod. Meccanografico MIIC8BB008 - Codice Univoco Ufficio UFG5KC**

**Email:** [**miic8bb008@istruzione.it**](mailto:miic8bb008@istruzione.it) **- Pec: miic8bb008@pec.istruzione.it - Sito web: www.icdiaz.edu.it**

**RICHIESTA BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 art. 33 comma 3**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IC DIAZ

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 comma 3, per prestare assistenza a:

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

riconosciuto/a invalido/a, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale della ATS che si allega.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attenzioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

* di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata:
* che non vi sono parenti ed affini entro il terzo grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;
* che il disabile non è ricoverato/a a tempo pieno.

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

Il/La dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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. 3 comma 3

Motivazione eventuale diniego:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Milano, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La dirigente scolastica

Dott.ssa Stefania Bellomo