

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE " N. COPERNICO - A. CARPEGGIANI "
Istituto Tecnico Industriale Statale "N. Copernico - A. Carpeggiani" Istituto Prof.le Statale Industria e Artigianato "Ercolo I° d'Este"

MODULO RICHIESTA PERMESSI
Legge n° 104/92

Ferrara, li ____/____/____

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.I.S. "N.COPERNICO – A.CARPEGGIANI"
FERRARA

Il sottoscritt _____

nat a _____ (____) il ____/____/____

e residente a _____ (____)

in Via/Piazza _____ in servizio presso questo Istituto in qualità

Docente Assist. Amm.vo /Tecnico Collab. Scol.co -con contratto a tempo: determinato indeterminato

CHIEDE

Alla S.V. di poter fruire dei benefici previsti della Legge 5/2/1992 n°104 e successive modificazioni ed integrazioni per:

Se stesso essendo stato riconosciuto soggetto avente diritto ai benefici dell'art. 3 comma 3 come risulta dal verbale della commissione medica –della ASL / INPS n° _____ Distretto n _____ del _____

Il seguente familiare:

Cognome e nome: _____ - rapporto parentela _____

Dati di nascita: ____/____/____ - Comune di nascita : _____ (____)

Residente a _____ in via _____ n° _____

commissione medica invalidi-civili-n° _____ ASL/INPS n° _____

Distretto n° _____ del _____



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE " N. COPERNICO - A. CARPEGGIANI "

Istituto Tecnico Industriale Statale
"N. Copernico - A. Carpeggiani"

Istituto Prof.le Statale Industria e Artigianato
"Ercolo I° d'Este"

A TAL FINE DICHIARA CHE L'ASSISTITO:

ha con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- Genitore
- Figlio/a
- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il II grado (specificare) _____
- Altro parente o affine entro il III grado (specificare) _____
- Altra condizione prevista dalle norme (specificare) _____

In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara:

che l'altro genitore _____, nato a _____
il _____ codice fiscale _____ lavoratore presso _____
con sede in _____:

I__I usufruisce del medesimo beneficio I__I non usufruisce del medesimo beneficio

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno in una struttura pubblica o privata;
- il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;

I__I ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;

I__I ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;

-
-
-
-
- il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:
 - Che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata.



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE " N. COPERNICO - A. CARPEGGIANI "

Istituto Tecnico Industriale Statale
"N. Copernico - A. Carpeggiani"

Istituto Prof.le Statale Industria e Artigianato
"Ercolo I° d'Este"

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

- Di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap.
- Di non essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap.
che l'altro soggetto che presta assistenza è:

rapporto parentela _____ nome: _____ nato
a _____ il _____ C.F. _____
lavoratore presso _____ con sede in _____;

- Che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare...).

Allega a tal fine la seguente documentazione:

- o copia del verbale definitivo/provvisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
- o fotocopia documento di identità in corso di validità del richiedente.

IN FEDE

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

VISTO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Francesco Borciani

