

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "Piazza Marconi"  
di Vetralla

Oggetto: Richiesta agevolazioni ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge n. 104 del  
5 febbraio 1992.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di codesta  
Istituzione Scolastica

c h i e d e

di fruire delle agevolazioni previste dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104 del 05.02.1992 per  
poter assistere il proprio familiare, che si trova in situazione di handicap grave, di seguito indicato:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Residente nel comune di: \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_ consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci  
dichiara:

- che il familiare in situazione di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- (*se non convivente*) che l'assistenza ha carattere di sistematicità ed adeguatezza;
- che il familiare in situazione di handicap è in attesa di convocazione di verifica da parte della Commissione INPS o è già convocato per il giorno \_\_\_\_\_ come da Legge 114/2014;
- che il familiare in situazione di handicap grave non è dipendente pubblico / è dipendente pubblico con tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritt \_\_\_ si impegna a comunicare tempestivamente all'Istituto Comprensivo "Piazza Marconi" di Vetralla tutte le eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni dichiarate con la presente (morte, ricovero a tempo pieno, ecc.).

Il/La sottoscritt \_\_\_ presenta, in allegato, la seguente documentazione:

1. certificato di stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva dalla quale si evinca il grado (entro il 3°) di parentela o affinità con la persona in situazione di handicap;
2. verbale della apposita Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap – Centro Medico Legale INPS di Viterbo - attestante lo stato di "grave handicap" del familiare che necessita di assistenza;
3. autocertificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 12.02.2000, da cui risulti che non vi siano altri familiari del disabile che fruiscano del medesimo beneficio in oggetto per lo stesso disabile.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_