

MOD 5 assenza L.104/92-c3

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO – D.D. POGLIANO MILANESE**Tramite Ufficio di Segreteria – via Garibaldi, 21  
POGLIANO MILANESE

(luogo) ..... data .....

**Oggetto: COMUNICAZIONE di fruizione dei benefici previsti dall'art.33, comma 3 della legge 104/1992  
ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP**

Il/la sottoscritto/a	
----------------------	--

In servizio nella scuola di	via	
-----------------------------	-----	--

<b>Con contratto</b>	A tempo indeterminato (.....)	A tempo determinato (.....)	Segnare con ( X) la parte che interessa
----------------------	-------------------------------	-----------------------------	---

<b>In qualità di</b>	DSGA (.....)	Assistente amministrativo (.....)	Collaboratore scolastico (.....)
	Docente sc. Primaria (.....)	Docente sc. Infanzia (.....)	Segnare con ( X) la parte che interessa

doendo assistere il proprio familiare ....., riconosciuto/a persona con handicap in situazione di gravità, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale

**PER FRUIRE DEI BENEFICI PREVISTI DALLA L.104/1992**

**art.33, comma 3 come modificato dall'art.21 del D.L 324/1993, convertito con modificazioni in L.423/1993 e dall'art.20 della L.53/2000**

**COMUNICA**

- di poter fruire dei benefici previsti dall'art.33 L.104/92 c.3. A tal fine dichiara che il familiare non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
- di doversi assentare dal servizio

DAL	AL	TOTALE GIORNI
DAL	AL	TOTALE GIORNI
DAL	AL	TOTALE GIORNI

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

1)

Segnare con ( X) la parte che interessa

- (.....) nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato
- (.....) pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità

2)

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....)

ALLEGATI (se non già acquisiti nel fascicolo personale)

- CERTIFICATO ASL COMPETENTE, ATTESTANTE SITUAZIONE DI GRAVITA' ACCERTATA AI SENSI DEL COMMA 1, ART.4 DELLA L.104/92 ( in originale o copia autentica)
- (QUALORA NEL NUCLEO FAMILIARE DEL PORTATORE DI HANDICAP VI SIANO ALTRI SOGGETTI IN GRADO DI ASSISTERE L'HANDICAPPATO, MA IMPOSSIBILITATI PERCHE' SI TROVANO IN UNA IPOTESI DI OGGETTIVA IMPOSSIBILITA' DOCUMENTAZIONE CHE ATTESTI LO STATO DI IMPOSSIBILITA' TEMPORANEA O PERMANENTE DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

NEL SUDDETTO PERIODO SARA' REPERIBILE AL SEGUENTE RECAPITO:

Firma