

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 – assistenza figli.

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
Residente in _____, via _____,
in servizio presso _____ nell' a.s. _____,
qualifica _____,

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la figlio/a _____ nato/a a _____ il _____,
codice fiscale _____

A tal fine dichiara

- ☐ che il/la figlio/a non è ricoverato/a a tempo pieno
- ☐ che l'altro genitore _____:
 - 1) è lavoratore dipendente presso _____
con sede in _____, via _____
- ☐ che NON fruisce dei permessi legge 104/92;
- ☐ che fruirà alternativamente dei permessi, di cui il sottoscritto si impegna a darne comunicazione all'Amministrazione.
- 2) che l'altro genitore svolge lavoro autonomo
- 3) che l'altro genitore non svolge attività lavorativa.

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
2. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
3. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
4. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

ALLEGA Verbale della competente ASL attestante lo stato di handicap in situazione di gravità.

Data

Firma