

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "FREGENE-PASSOSCURO"
FIUMICINO-FREGENE (RM)

OGGETTO: **Rinuncia** ai benefici di cui alla Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La _____ sottoscritt _____
_____ nat _____ a
_____ prov. (_____) il
_____, qualifica _____ tempo
determinato/indeterminato presso _____

COMUNICA

La propria **rinuncia**, a far data dal _____, ad usufruire dei permessi mensili ex art. 33 Legge 104/92 per il seguente motivo:

- decesso dell'assistito Sig. _____
- variazione del soggetto beneficiario Sig. _____
(Assistito)

Luogo e data: _____

In fede

DICHIARAZIONE PERSONALE DEL FAMILIARE CHE SI AVVALE DEI DIRITTI
PREVISTI DALLA LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE APPORTATE
DALLA LEGGE 53/2000 ART.19

I sottoscritt _____

nato a _____ il _____;

premesso che il/la sig. _____ risulta portatore di handicap, così come da allegata certificazione medica rilasciata dalla competente Commissione Provinciale di cui all'art.4 della Legge 104/92;

DICHIARA, sotto la propria responsabilità,

ai sensi della legge 4/1/1968, n.15, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace ed ai fini dei diritti previsti dall'art.33, commi 5 e 7 della Legge 104/92,

- che il rapporto di parentela con la sopraindicata persona è quello di _____
(indicare se figlio, anche adottivo, coniuge, parente o affine entro il 3° grado)
- che il/la sig. indicato in premessa non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il/la sig. indicato in premessa viene assistito in via continuativa dal sottoscritto;
- (i coniugi ed i genitori sono esonerati da questa dichiarazione)
che non essendovi altri conviventi con l'handicappato, parenti o affini dello stesso grado o di grado più stretto, idonei a prestare l'assistenza continuativa al disabile il sottoscritto è l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza.

A tal fine allega n° _____ dichiarazioni degli altri componenti del nucleo familiare composto come segue:

_____ nat a _____ il _____
grado parentela _____

_____ nat a _____ il _____
grado parentela _____

data _____

Firma _____

AL DIRIGENTE SOLASTICO
I.C. FREGENE PASSOSCURO

Il/la/le sottoscritt _____

(specificare la relazione di parentela) _____

del/la sig. _____ (*familiare disabile*)

dichiara/dichiarano

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n.445 del 28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi: _____

e, pertanto, di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a/e/i in precedenza.

In fede

Data _____

Firma _____