

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
dell'Istituto Comprensivo
di Lequile

**OGGETTO: Richiesta benefici per assistenza persona in situazione di handicap
L. 104/92 art. 3 comma 3 sostituito dall'art. 24 della L. 4/11/2010 n. 183.**

Il/la sottoscritto/a nato/a il a
..... C.F., residente in
..... Via in servizio
presso questa Istituzione Scolastica in qualità di

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92, sostituito dall'art. 24 della L. 4/11/2010 n. 183,

di poter usufruire dei benefici per assistere il/la sig./ra.....nato/a

a.....il.....C.F.....

in situazione di gravità .

A tal fine il/ la sottoscritto/a, consapevole ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

DICHIARA

- che al sig./ra....., è stata riconosciuta la condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
- di essere l'unico/a a poter assistere il/la sig./ra..... con grado di parentela
 - genitore
 - coniuge
 - figlio
 - parente o affine 2° o 3° grado:.....
- che lo/la stesso/a non è ricoverato/a a tempo pieno;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo

Allega: Copia del Verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'Handicap;

Lequile,

Firma _____