

### DOMANDA DI ACCESSO AI BENEFICI PER SITUAZIONI DI HANDICAP

( art. 33 comma L-104/92, come modificato dagli artt.19 e 20 L. 53/2000- riformulato con art.3 c 1 lett.B n. 2 D.Lgs 105/2022)  
( art.42/5 D.Lgs 151/2001 -modificato con art. 2 c. 1 lett. N D.Lgs 105/2022)

il/la sottoscritta	
nato/a il/	a
Prov	
In servizio presso codesto istituto in qualità di	
• Con contratto di lavoro a Tempo Determinato	
sino al	
• Con contratto a Tempo Indeterminato	

#### CHIEDE di poter accedere ai benefici previsti:

• dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92	• dall'art. 42 comma 5 del D.lgs 151/2001
---	---

- per se stesso, lavoratore disabile con riconosciuto stato di gravità (art. 33 comma 6 legge 104/92)
- per assistere il proprio familiare, genitori, parenti o affini (entro il 3° grado) portatori di handicap grave (art. 33 comma 3 legge 104/92)

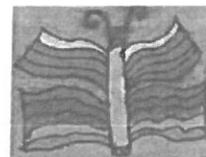
Cognome	Nome
Rapporto di parentela	
Luogo e data di nascita	

#### A tal fine dichiara

• Che il portatore di handicap ha liberamente scelto all'interno della famiglia , il richiedente , come persona che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge .	
• Che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata .	
• Che il portatore di handicap è in condizione di gravità accertata dalla ASL:	
Di	In data
• Che il portatore di handicap è convivente con il sottoscritto	
• Di non essere convivente con il portatore di handicap grave , che è residente:	
Comune di	Via
Che la distanza chilometrica tra la residenza del richiedente e il portatore di handicap è di Km	
Che il tempo necessario per raggiungere l'abitazione del richiedente è di ore	
• Che svolge, nei confronti del portatore di handicap, attività di assistenza con carattere continuativo	
• Che svolge, nei confronti del portatore di handicap, attività di assistenza sistematica ed adeguata in relazione alle esigenze della persona con disabilità in stato di gravità. A tal fine produce il " Programma di assistenza" a firma congiunta dal sottoscritto richiedente e dalla persona da assistere.	



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CICAGNA  
Viale Italia 13 A - 16044 CICAGNA (GE)  
Tel. 0185/92118  
[geic84300g@istruzione.it](mailto:geic84300g@istruzione.it) [geic84300g@pec.istruzione.it](mailto:geic84300g@pec.istruzione.it)  
C.F. 90058010100 [www.iccicagna.edu.it](http://www.iccicagna.edu.it)



<ul style="list-style-type: none"><li>• Che nessun altro parente, lavoratore, o affini entro il terzo grado beneficia dei permessi per lo stesso soggetto</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Che beneficia dei permessi per lo stesso soggetto congiuntamente con:</li></ul>			
COGNOME / NOME	CODICE FISCALE	GRADO PARENTELA	DATORE DI LAVORO

**A tal fine**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Allega copia autentica del certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1 della L.104/92</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dichiaro che la documentazione è presente nel proprio fascicolo personale</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dichiaro che la commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dichiaro che la certificazione rilasciata dall'ASL non è scaduta e non ha subito modifiche</li></ul>

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, o nel caso di formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'istituto, dichiara che le notizie fornite e gli atti allegati, o menzionati, alla presente rispondono a verità.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente la variazione delle notizie e situazioni di cui alla presente, in particolare:

- eventuale ricovero presso strutture specializzate e/o ospedaliere;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione ASL;
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di parenti o affini entro il terzo grado.

Cicagna, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

II DIRIGENTE SCOLASTICO