

Domanda annuale di permessi Legge 104

al Dirigente Scolastico
del Liceo Artistico e Musicale Nervi Severini

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a _____
il _____
In servizio presso _____ in qualità di _____

CHIEDE

Di fruire dei permessi spettanti ai lavoratori in condizione di handicap in base alla Legge 104/92, a tal fine dichiara

DICHIARA

- Di avere il seguente rapporto di parentela: genitore/coniuge/figlio unico/ parente 0 affine entro il terzo grado
(2) Con il/la Sig. _____, handicappat_____ in situazione di gravità, nat_____ a _____ il _____ C.F. _____ e residente a _____ in via _____;
- Che il/la Sig. _____ non è ricoverat_____ a tempo pieno presso istituti specializzati;
- Di svolgere nei confronti del/della Sig. _____ attività di assistenza continuativa ed esclusiva;
- Che il/la Sig. _____ usufruisce di assistenza domiciliare da parte della ASL;
- Di essere domiciliat_____ nel comune di _____ con il soggetto handicappato.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

firma _____

Note:

NB: La condizione di Handicap deve essere documentata con certificazione medica dell'ASL.

SCHEDA INFORMATIVA PERSONA ASSISTITA

Cognome: _____ **Nome:** _____

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Luogo di nascita:

- Nazione: _____

- Provincia: _____ Comune: _____

- Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

- Residenza: Provincia: _____ Comune: _____

Tipo disabilità: ☐ Non Rivedibile ☐ Rivedibile Anno Revisione _____

Parentela:

☐ Genitore ☐ Coniuge ☐ Figlio ☐ Parente o affine fino al II Grado ☐ Parente o affine fino al III Grado

- motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.

☐ Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni

☐ Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni .

☐ Coniuge affetto da patologia invalidante

☐ Genitori affetti da patologia invalidante

☐ Coniuge deceduto o mancante

☐ Genitori deceduti o mancanti

- se l'assistito è un figlio indicare se:

- è minore di tre anni: ☐ SI ☐ NO

- la fruizione è alternativa con:

Cognome: _____ **Nome:** _____

☐ Genitore ☐ Coniuge ☐ Figlio ☐ Parente o affine fino al II Grado ☐ Parente o affine fino al III Grado

- l'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico ☐ SI ☐ NO

se sì quale amministrazione: _____

- L'assistito è dipendente pubblico: ☐ SI ☐ No

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto: ☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato

Amministrazione: _____