

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLE AGEVOLAZIONI PREVISTE DALLA LEGGE 104/92

Al Dirigente Scolastico Dell'Istituto Comprensivo "Anna Molinaro"

MONTEFIASCONE

__l__ sottoscritt _____

Nato a _____ il _____

e residente in _____ via _____

in servizio presso l'Istituto Comprensivo "Anna Molinaro" di Montefiascone in qualità di

Docente ATA a tempo indeterminato determinato

CHIEDE

di fruire delle agevolazioni previste dall' art. 33 della L. 104/92 per:

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Relazione di parentela _____

A tal fine dichiara:

che il familiare è in vita alla presente data;

che il familiare per il quale sono richieste le agevolazioni non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;

di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al familiare in quanto non esistono altre persone che fruiscono delle stesse agevolazioni;

che da parte della ASL non si è proceduto a rettifica del giudizio di gravità dell'handicap;

che le notizie fornite nella presente istanza corrispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti.

Allega alla presente:

- certificato della ASL competente;
- dichiarazione di responsabilità e consapevolezza

Data _____

(firma)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs.39/93.
Ricordarsi di allegare copia del documento di identità