



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



I.C. "Via Boccea"
Member of UNESCO
Associated Schools



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO " VIA BOCCEA 590 "
Via Boccea, 590 - 00166 Roma Tel. 06/61568029 - Fax 06/61567511
Distretto XXVI° - Municipio XIII
Codice Fiscale 97200630586 - Codice Scuola RMIC84400N
e-mail : rmic84400n@istruzione.it
e-mail : rmic84400n@pec.istruzione.it
www.icviaboccea590.edu.it

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a
_____ prov. (_____) il _____,
residente a _____ prov. (_____) qualifica
_____ tempo determinato/indeterminato/part-time
presso _____ dal _____ al _____

C H I E D E

di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 legge 104/1992 per assistere:

_____ in qualità di
_____ nato a _____ prov. _____
il _____ e residente a _____ prov. _____ Via

A tal fine dichiara:

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;
- che è / non è convivente con il/la sottoscritt_____ (per non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap), residente a _____ prov (____) in _____ distanza chilometrica tra le due abitazioni KM _____, tempi medi di percorrenza _____

Il/L_____ sottoscritt_____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 78 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap;
- di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap in quanto:
 - nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti in grado di assistere il portatore di handicap;

- pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti in grado di assistere il portatore di handicap, gli stessi si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità;
- che le notizie fornite con il presente modulo rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (es: trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).
- _____

_____ lì _____

Firma

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a
_____ prov. (_____) il _____, residente a
_____ prov. _____ Via _____
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni
non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di
_____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per
se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a
_____ prov. _____ il _____
C.F. _____ e residente in _____

_____, lì _____

FIRMA
