

Al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 – assistenza figli.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, matr. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_,

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la figlio/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara

- che il/la figlio/a non è ricoverato/a a tempo pieno
- che l'altro genitore \_\_\_\_\_:
  - 1) è lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_
    - che NON fruisce dei permessi legge 104/92;
    - che fruirà alternativamente dei permessi, di cui il sottoscritto si impegna a darne comunicazione all'Amministrazione.
  - 2) che l'altro genitore svolge lavoro autonomo
  - 3) che l'altro genitore non svolge attività lavorativa.

Dichiara altresì:

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

ALLEGA

- Verbale della competente ASL attestante lo stato di handicap in situazione di gravità.

Data

Firma

Al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 – assistenza parenti/affini.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_,  
Categoria \_\_\_\_\_ dell'Area \_\_\_\_\_,

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la proprio/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, parente/affine di \_\_\_ grado/ coniuge, codice fiscale \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara:

- che il /la portatore/portatrice di handicap non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il nucleo familiare della persona da assistere è così composto (*indicare tutte le persone del nucleo familiare che potrebbero prestare assistenza*):
  - 1) \_\_\_\_\_, lavoratore dipendente in servizio presso \_\_\_\_\_; lavoratore autonomo;
  - 2) \_\_\_\_\_, lavoratore dipendente in servizio presso \_\_\_\_\_; lavoratore autonomo;
  - 3) \_\_\_\_\_
- che sarà l'unica persona che usufruirà dei permessi della legge 104/92;

Dichiara altresì:

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- che il disabile risiede a meno di 150 Km dalla residenza del/la sottoscritto/a;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Allega copia del verbale di riconoscimento dello stato di portatore/trice di handicap in situazione di gravità

Data

Firma