

**MODELLO 12**

da far protocollare:

Al Dirigente  
dell'Ufficio scolastico regionale per la Lombardia  
AT VARESE

Oggetto: richiesta benefici ai sensi della Legge 104/92

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso l'Ufficio \_\_\_\_\_ di  
questo U.S.R. in qualità di \_\_\_\_\_, chiede di poter fruire dei  
benefici previsti dalla L.104/92

**in quanto disabile** (art. 33 cc. 2, 3 e 6 della Legge 104/1992).

A tal fine dichiara

- che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ha riconosciuto la  
gravità dell'handicap come da documentazione allegata.

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

tre giorni al mese;

due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la  
presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità  
delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in  
materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

**per assistere un genitore o parente/affine in situazione di handicap grave** (art. 33 c. 3 della Legge  
104/1992);

A tal fine dichiara

- che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ha riconosciuto  
la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata, di

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela (entro il 3° grado)

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza come da dichiarazioni allegate;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazioni allegate;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

**per assistere figli minori con handicap grave** (art. 33 c. 2 della Legge 104/1992).

A tal fine dichiara

- che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata, del figlio

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ (data adozione/affido)

\_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente a

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ come

risulta dalla certificazione che si allega.

- che il minore ha

meno di tre anni di vita e perciò opta per

prolungare il periodo di astensione facoltativa;

oppure

usufruire di due ore di permesso giornaliero.

più di tre anni di vita e perciò dichiara che il coniuge non fruisce dei benefici della L.104.

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il Dipendente

\_\_\_\_\_

Si allega:

verbale della Commissione Medica di Verifica / certificazione provvisoria di handicap;

certificato di Stato di famiglia;

n. \_\_\_\_ dichiarazioni dei familiari;

programma di assistenza;

attestazione di congruità del programma di assistenza.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* (Spazio riservato all'ufficio)\*\*\*\*\*

Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza / non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi per eventuale diniego:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il Dirigente dell'Ufficio del Personale

\_\_\_\_\_