



## Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPrensIVO ANZIO III  
Via Machiavelli, 10/b tel.06/9873212 - Fax 06/9873540 – [rmic8c700e@istruzione.it](mailto:rmic8c700e@istruzione.it)  
00040 Lavinio di ANZIO – ROMA C.M. RMIC8C700E C.F. 90000150582

Data di arrivo \_\_\_\_\_  
n. di protocollo \_\_\_\_\_  
Tit \_\_\_\_\_ class. \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Anzio III

**OGGETTO: Legge 104/1992 art. 3 comma 3 – Familiare**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica \_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso  
\_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 3 – comma 3 - della legge 104/1992.

Il/L \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, DICHIARA che:

- presta assistenza nei confronti del disabile riconosciuto in situazione di gravità  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_;
- ovvero necessità delle agevolazioni relative alla propria situazione di gravità:
  - o di assistere parenti o affini entro il 2° grado;
  - o oppure parenti o affini entro il 3° grado;
  - o che la persona assistita non è ricoverata a T.P.;
  - o di essere il referente unico ed il solo ad usufruire dei benefici nei termini di permessi e/o agevolazioni di cui alla Legge 104/92 per assistenza allo stesso disabile;
  - o che in qualità di genitore di figlio disabile è a conoscenza che la fruizione dei permessi di cui alla L. 104/92 è alternativa ai benefici di cui D.Lgs. 151/2001;
  - o che in qualità di genitore di figlio disabile è a conoscenza che le figure parentale (madre/padre) possono usufruire alternativamente dei permessi citati nel limite massimo previsto dalla Legge.

Il/La sottoscritto/a si impegna a dichiarare ogni variazione delle situazioni di fatto o di diritto da cui può conseguire la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

E' altresì consapevole che in caso di rilascio di dichiarazione mendaci e/o falsi attestazioni, e/o omissioni di atti, lo scrivente è perseguibile ai sensi del Codice Penale.

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 – comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale;
- Autocertificazione con documento d'identità a cura dei parenti che non usufruiscono dei benefici della L. 104;

\_\_\_\_\_li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_