

**Domanda di accesso ai benefici L. 104/92 per assistenza familiare portatore di handicap (art.3 comma 3)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo Statale "Ermanno Olmi"  
Via Privata A. Maffucci, 60  
20158 Milano (MI)

Il / La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ in servizio nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

presso l'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

con contratto a tempo :  indeterminato  determinato

**CHIEDE**

In applicazione dell'art. 33 della Legge n. 104/1992, come modificato dall'art.24 della legge n. 183 del 4 novembre 2010, dell'art. 20 della legge n. 53/2022, dal D.Lgs. 105/2022, di accedere ai benefici L.104 per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_ (indicare nominativo), portatore di handicap grave.

A tal fine allega la certificazione medica rilasciata dalla commissione ASL per la legge 104/92.

Inoltre, il / la sottoscritt\_, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la responsabilità per i fini previsti dagli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

che la persona "con handicap grave" non è ricoverata a tempo pieno;

che il grado di parentela della persona con handicap grave è \_\_\_\_\_;

che la residenza dell'assistit\_ è sita in (via) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(città) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_;

che nella famiglia sono presenti / non sono presenti n. \_\_\_\_ familiari che fruiscono di permessi L.104 per assistenza dell'assistito\_ summenzionat\_

Il / la sottoscritt\_ si impegna, altresì, a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni autocertificate di cui sopra, nonché l'eventuale revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Roberta Colombo