

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3

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

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 -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 necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità
- che necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla situazione di disabilità di: (cognome, nome, luogo, data di nascita, codice fiscale, grado di parentela)

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

- che il familiare assistito **NON** è ricoverato a tempo pieno;
- che è l'unico componente della famiglia che assiste il familiare disabile;
- che assiste il familiare disabile con: (cognome, nome, luogo, data di nascita, codice fiscale, grado di parentela, sede di lavoro delle altre persone)

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

che si impegna 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 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 dell'assistito/a
- fotocopia carta di identità e codice fiscale di tutte le persone che assistono il familiare

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_