Al Dirigente Scolastico

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

Oggetto: **Richiesta benefici ai sensi dell’art. 33, comma 6, della Legge 104/92**

\_\_\_l\_\_\_sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica con la qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

**C H I E D E**

ai sensi dell’art. 33 della Legge 104/92, e delle vigenti norme contrattuali, di usufruire per se stess\_\_ dei benefici della sopra citata legge (3 giorni mensili.) essendo l\_\_ stess \_\_ stat\_ riconosciut\_ portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3, L. 104/92) come da verbale della Commissione Medica per l’accertamento dell’handicap di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine \_\_l\_\_sottoscritt\_\_, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all’art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi

**D I C H I A R A**

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare della legge 104/92;
2. impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
3. \_l\_ sottoscritt\_ necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilita;
4. essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabili;
5. impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni:

A tal fine allega:

1. Copia del Verbale di Visita Medica del riconoscimento quale portatore di handicap grave;

2. Documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente;

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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