

## Al Dirigente Scolastico del CPIA Napoli 2 Città

Io sottoscritto/a		<small>(Cognome di nascita, nome ed eventuale cognome del coniuge)</small>							
Comune di Nascita				<small>(Comune e Provincia di Nascita)</small>				Data	<small>(Data di nascita)</small>
Codice fiscale	<small>(Codice Fiscale)</small>								
<p>chiedo alla S.V. di fruire il seguente beneficio -qui di seguito contrassegnato con una crocetta-, previsto dalle norme sulla tutela e l'assistenza dei portatori di handicap,:</p>									
Persona da assistere						Parentela		<small>(Rapporto di Parentela e grado)</small>	
<small>(Cognome e nome della persona da assistere. Se il disabile è lo stesso dipendente, scrivere "PERSONA-LE" e non compilare i successivi dati anagrafici)</small>									
Comune di Nascita						Data		<small>(Data di nascita della persona da assistere)</small>	
<small>(Comune e Provincia di Nascita della persona da assistere, se diversa dal dipendente)</small>									
Codice fiscale	<small>(Codice Fiscale della persona da assistere)</small>								

- Il prolungamento del congedo parentale spettante per il figlio fino a tre anni di vita, portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, co. 1, e 42, co. 1, d. Lgs. n.151/2001
- permessi retribuiti di una o due ore al giorno spettanti per il figlio fino a tre anni di vita, portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, co. 2 e 3, del D. Lgs. 151/2001
- permessi retribuiti di tre giorni al mese, spettanti per il figlio di età da tre a diciotto anni, portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 42, co. 2, D. Lgs. 151/2001
- permessi retribuiti di tre giorni al mese, spettanti per il figlio maggiorenne portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 42, co. 3, D. Lgs. 151/2001
- permessi retribuiti di tre giorni al mese per l'assistenza del parente o affine entro il secondo grado (terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona da assistere abbiano tutti compiuto 65 anni e/o siano essi stessi affetti da patologie invalidanti, e/o siano deceduti e/o mancanti)
- permessi di due ore al giorno per me stesso lavoratore handicappato in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, comma 6, legge 104/1992, in quanto riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità, come da unita documentazione;
- permessi di tre giorni al mese per me stesso lavoratore handicappato in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, comma 6, legge 104/1992, in quanto riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità, come da unita documentazione;
- il congedo retribuito fino a un biennio, di cui all'art. 42, co. 5, D. Lgs. 26/3/2001 n. 151, in quanto ho diritto ai benefici per l'assistenza di soggetto con handicap in situazione di gravità, ai sensi della legge n. 104/1992 e/o del D. Lgs. 151/2001

Allego la seguente documentazione *(Cancellare le voci che non interessano. Le autodichiarazioni e le dichiarazioni sostitutive degli atti di notorietà possono essere compilate in forma corretta accedendo alla pagina web: <http://www.comuni.it/certificazioni> e <http://www.comuni.it/certificazioni/atti-di-notorietà> ove esiste un motore di guida alla compilazione di tali atti in conformità alle norme vigenti)*

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Copia da me autenticata del verbale della commissione medica da cui risulti lo stato di gravità della persona da assistere;</li> <li>2) Copia del mio documento di identità in corso di validità</li> <li>3) Copia del mio tesserino sanitario</li> <li>4) Copia del documento di identità della persona da assistere</li> <li>5) Copia del tesserino sanitario della persona da assistere</li> <li>6) Autocertificazione mio Stato di Famiglia</li> <li>7) Autocertificazione Stato di Famiglia della persona da assistere</li> <li>8) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti la parentela completa entro il terzo grado della persona da assistere, completa di data di nascita e, se del caso, di verbale esistenza malattie invalidanti</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>9) Dichiarazioni sostitutive di atto notorio, sottoscritte da ciascuno dei parenti o affini entro il secondo grado (terzo grado nei casi previsti) da cui risulti l'impossibilità fisica motivata ad assistere in maniera continuativa ed esclusiva il disabile, ciascuna corredata da copia del corrispondente documento di identità valido, o, in alternativa, copia del provvedimento del tribunale civile di nomina a tutore o amministratore di sostegno</li> <li>10) Dichiarazione di residenza, o domicilio o dimora presso il disabile, in caso di richiesta di congedo biennale</li> <li>11) Impegno da parte del dipendente (solo per assistenza a parenti o affini) ad assistere il disabile in maniera esclusiva e continuativa</li> </ol> |
|--|---|

Totale fogli consegnati, incluso la presente istanza: \_\_\_\_\_

In fede

Napoli, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

104\_Rich - Richiesta fruizione benefici L. 104/92