



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "T.Tasso" di Bisaccia**  
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA, SECONDARIA DI I GRADO  
di BISACCIA E ANDRETTA  
via Roma – 83044 .BISACCIA (AV)  
e-mail: [avic83200n@istruzione.it](mailto:avic83200n@istruzione.it) Cod.Fisc. 91003820643  
Tel. 0827/89204 fax 0827/ 1811360  
PEC: [AVIC83200N@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:AVIC83200N@PEC.ISTRUZIONE.IT) –  
Web site: [www.icbisaccia.it](http://www.icbisaccia.it)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "T. TASSO"-BISACCIA  
Prot. 0003300 del 29/08/2018  
07-04 (Uscita)

**Al personale Docente e ATA  
dell'I.C. "T.TASSO" di  
Bisaccia – Andretta  
Al sito Web – Albo**

**Oggetto: A.S.2018/19–Richiesta per usufruire dei benefici previsti dalla L.104/92.**

Si comunica che il personale interessato ad usufruire dei benefici dalla legge 104/92 per l'a.s. 2018/19, che deve presentare richiesta presso l'Ufficio di Segreteria entro e non oltre il 07/09/2018 mediante il modello allegato alla presente.

Allegato n.1-

**II DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Sandra SALERNI**

Documento firmato digitalmente  
ai sensi del CAD e normativa connessa

**OGGETTO:** A.S. 2018/19 – Richiesta per usufruire (per se stesso o familiare ) dei benefici previsti dalla legge 104/92.

...L... sottoscritt....., nat.....  
a .....(Prov. ....) il ...../...../.....e in servizio presso codesto Istituto , in  
qualità di docente/ personale ATA – .....

**chiede**

- o alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992, ( es . n. 3 (tre) giorni al mese) perl'a.s. 2018/19 ;

A tal fine allega:

- A) certificazione ASL dalla quale risulti, di essere in situazione di Handicap grave ai sensi dell'art.3 c.3 della L.104/92;
- B) certificazione ASL dalla quale risulti che il familiare assistito si trovi in situazione di Handicap grave ai sensi dell'art.3 c.3 della L.104/92;
- C) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti essere ...l... sol... ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap:..... ;

ed inoltre **DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false, ai sensi degli artt. 45, 46 e 76 del DPR 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi in materia,

- o che il familiare disabile, portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è mai stato ricoverato , e non lo è tutt'ora , a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici (punto B) .
- o che da parte dell'ASL non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'Handicap (punto A o B)

In entrambi i casi il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità :

- ✓ di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero di necessitare delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- ✓ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ✓ di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazione comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- ✓ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto dacui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Il sottoscritto, si impegna a comunicare al Dirigente Scolastico, con congruo anticipo ovvero mediante elaborazione di apposito piano mensile, le date in cui fruirà dei permessi, salvo dimostrate situazioni di emergenza, per consentire l'organizzazione dei servizi.

BISACCIA.....

IL DICHIARANTE