



**CPIA CASERTA**

**Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti di Caserta**

**Unità Amministrativa: Via San Gennaro, 10, 81100, Caserta (CE) (sede provvisoria)**

**Recapiti Telefonici: 0823273665 3891169201; E-mail: cemm18000t@istruzione.it**

**PEC: cemm18000t@pec.istruzione.it - Sito web: [www.cpiacaserta.gov.it](http://www.cpiacaserta.gov.it)**

**Codice Meccanografico: cemm18000t -Codice Fiscale: 93093640618- Codice Univoco: UFHO5J**

**SEDE ASSOCIATA DI \_\_\_\_\_**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DEL CPIA DI CASERTA**

**OGGETTO: Istanza per la fruizione dei permessi ex Legge n. 104/1992 art. 33 comma 3.**

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

**C H I E D E**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. \_\_\_\_\_ (coniuge / figlio / madre / padre / \_\_\_\_\_) nato a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

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 penalee dalle leggi speciali in materia,

**DICHIARA che:**

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. \_\_\_\_\_;
- l'altro genitore sig./ sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ non è lavoratore dipendente / è lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- è 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

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

In fede (Firma autografa)

Allegati:

- 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 della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione (\*)

(\*)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

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

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente

a \_\_\_\_\_-prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per le dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il

C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

In fede (Firma autografa)



**CPIA CASERTA**

**Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti di Caserta**

**Unità Amministrativa: Via San Gennaro, 10, 81100, Caserta (CE) (sede provvisoria)**

**Recapiti Telefonici: 0823273665 3891169201; E-mail: cemm18000t@istruzione.it**

**PEC: cemm18000t@pec.istruzione.it - Sito web: [www.cpiacaserta.gov.it](http://www.cpiacaserta.gov.it)**

**Codice Meccanografico: cemm18000t -Codice Fiscale: 93093640618- Codice Univoco: UFHO5J**

**SEDE ASSOCIATA**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL CPIA DI CASERTA**

**OGGETTO: Richiesta dei permessi retribuiti ex Legge 104/1992 art. 33 comma 3.**

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

**CHIEDE**

di poter fruire dei seguenti permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. \_\_\_\_\_

(coniuge / figlio / madre / padre / \_\_\_\_\_) :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di non aver usufruito/di aver usufruito nel corrente mese dei seguenti permessi L. 104/92:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che è l'unico familiare ad assistere il sig. \_\_\_\_\_ e che lo stesso non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura.

Data \_\_\_\_\_

In fede (Firma autografa)

\_\_\_\_\_