



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo "Alfonso Casati"
via 1° Maggio – 20835 Muggiò (MB)
Tel: +390392709605 - Fax: +39039790918
cod.mecc. MBIC88300L - cod.fisc. 94580960154
e mail Dirigente: dirigente.casati@gmail.com
e mail uffici: MBIC88300L@ISTRUZIONE.IT
pec : mbic88300l@pec.istruzione.it
sito web : www.ic-casati.edu.it

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "A. CASATI"
Muggiò

Oggetto: Richiesta di congedo per assistenza persona in situazione di handicap –Legge 104/1992.

l sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a
_____ prov. (____) in servizio presso questo Istituto, in qualità di
_____ con contratto di lavoro a tempo _____

COMUNICA

che il proprio familiare _____ rapporto di parentela _____ nato a
_____ prov. __ il _____ è portatore di handicap che necessita di
assistenza permanente, continuativa e globale, ai sensi della legge n° 104/1992.

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci, dichiara che:

- gli altri familiari, indicati nell'allegato,

A) non sono in condizione di prestare assistenza continuativa;

B)* sono in grado di prestare assistenza continuativa (indicare il datore di lavoro e l'indirizzo):

*non usufruiranno del congedo nello stesso periodo.

Muggiò, lì _____

In Fede _____

Si allega:

- Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL;
- Dichiarazione degli altri familiari.

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI

I sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a _____ prov. (____) _____, rapporto parentela con disabile di _____, dichiaro di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare per i seguenti motivi: _____

_____, li _____

Firma

I sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a _____ prov. (____) _____, rapporto parentela con disabile di _____, dichiaro di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare per i seguenti motivi: _____

_____, li _____

Firma

I sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a _____ prov. (____) _____, rapporto parentela con disabile di _____, dichiaro di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare per i seguenti motivi: _____

_____, li _____

Firma

I sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a _____ prov. (____) _____, rapporto parentela con disabile di _____, dichiaro di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare per i seguenti motivi: _____

_____, li _____

Firma
