

Priorità di cui alla legge n. 104/92

Selezionare una delle voci seguenti qualora l'aspirante rientri nelle condizioni previste dalla Legge 104/92

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente a prov. in via

Consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, al fine di fruire dei benefici di cui agli artt. 21 e 33 commi 5, 6 e 7 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

DICHIARA

☐	di fruire della precedenza di cui all'art. 21 della L.104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una propria condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92 oltre che un'invalidità superiore ai 2/3																		
☐	di fruire della precedenza di cui all'art. 33, comma 6, della L. 104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una propria condizione di disabilità con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92																		
☐	di fruire della precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 L. 104/92 per assistenza a persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/92, in qualità di genitore, coniuge, fratello, figlio, di: <table border="1" data-bbox="183 945 493 1178"><tr><td>Grado di parentela dell'assistito</td></tr><tr><td>Cognome</td></tr><tr><td>Nome</td></tr><tr><td>Data di nascita</td></tr><tr><td>Luogo di nascita</td></tr><tr><td>Residenza/Domicilio</td></tr></table> <table border="1" data-bbox="523 945 1465 1178"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table> <table border="1" data-bbox="183 1209 493 1341"><tr><td>Ente che ha rilasciato la dichiarazione</td></tr><tr><td>Data della richiesta</td></tr><tr><td>Numero dell'atto</td></tr></table> <table border="1" data-bbox="523 1209 1465 1341"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>	Grado di parentela dell'assistito	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Residenza/Domicilio							Ente che ha rilasciato la dichiarazione	Data della richiesta	Numero dell'atto			
Grado di parentela dell'assistito																			
Cognome																			
Nome																			
Data di nascita																			
Luogo di nascita																			
Residenza/Domicilio																			
Ente che ha rilasciato la dichiarazione																			
Data della richiesta																			
Numero dell'atto																			

DICHIARA INOLTRE

☐	in caso di assistenza a persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, che l'assistito non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti di cura, che necessita di assistenza continuativa e che il sottoscritto/a intende fruire, nell'anno scolastico in cui si presenta la domanda, di almeno 1 dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza di cui all'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001"
--------------------------	--

ALLEGA COPIA DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE UTILE PER IL RICONOSCIMENTO DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92

Il sottoscritto dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali necessari all'espletamento della procedura amministrativa di cui alla presente domanda, secondo le modalità, le garanzie e i termini di cui agli articoli 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Firma

Data

.....