

## Dichiarazione personale cumulativa per precedenza legge 104/92

Il/La sottoscritta ..... nato/a a ..... il .....

Codice fiscale .....

Residente a ..... In via .....

### CHIEDE

**di usufruire dei benefici previsti della legge 104/92 e successive modificazioni, per assistenza a :**

Cognome e Nome ..... grado di parentela .....

Data e luogo di nascita .....

Codice fiscale .....

Residente a ..... In via .....

**Riconosciuto portatore di handicap, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale**

### D I C H I A R A (Barrare le caselle e compilare le sezioni che interessano)

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art. 15 comma 1 della legge 183/2011 :

- di prestare assistenza in qualità di referente della persona diversamente abile;
- che la persona diversamente abile non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- di essere l'unico figlio/a a convivere con il soggetto disabile
- di essere l'unico/a referente ad aver chiesto di fruire per l'intero anno scolastico 2025-2026 dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza;
- ovvero: usufruiranno dei benefici di cui alla suddetta Legge per l'a.s. 2025-2026 anche i sigg.:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nat\_ \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nat\_ \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente, e comunque non oltre il 10° giorno antecedente il termine ultimo di comunicazione al SIDI, ogni variazione dell'attuale situazione.

**N.B. nel caso di benefici per assistenza a fratelli o sorelle, contattare gli Uffici di Segreteria .**

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato  
\_\_\_\_\_