



Ministero dell'istruzione e del merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

Ufficio IV Ambito Territoriale di Brescia
Via Sant'Antonio 14 – CAP 25133 Brescia- Codice Ipa: m_pi

Priorità di cui alla legge n. 104/92

Selezionare una delle voci seguenti qualora l'aspirante rientri nelle condizioni previste dalla Legge 104
(PDF editabile, compilare i campi, firmare, scansare ed inviare unitamente alla certificazione 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 con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92, e di prestare assistenza in qualità di referente unico a: <table border="1" data-bbox="183 1209 1465 1608"><tr><td>Grado di parentela dell'assistito</td><td></td></tr><tr><td>Cognome</td><td></td></tr><tr><td>Nome</td><td></td></tr><tr><td>Data di nascita</td><td></td></tr><tr><td>Luogo di nascita</td><td></td></tr><tr><td>Residenza/Domicilio</td><td></td></tr><tr><td>Ente che ha rilasciato la dichiarazione</td><td></td></tr><tr><td>Data della richiesta</td><td></td></tr><tr><td>Numero dell'atto</td><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 disabile in situazione di gravità, che l'assistito non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti di cura;
☐	in caso di assistenza a genitore disabile in situazione di gravità, che il coniuge del disabile è impossibilitato a prestare assistenza per le seguenti condizioni oggettive (deve essere documentata con certificazione medica l'impossibilità dell'assistenza da parte del coniuge di cui andranno specificate le generalità, in caso di impossibilità dell'assistenza per motivi di salute);
☐	in caso di assistenza al genitore disabile, di essere l'unico figlio convivente con il genitore nello stesso luogo di residenza/domicilio sopraindicato;
☐	di aver fruito dei 3gg. di permesso mensile ai sensi dell'art. 33 c. 3 della L. 104 nell'anno scolastico 2021/2022 e di avere chiesto nello stesso anno scolastico di fruire dei 3 giorni di permesso mensile ai sensi dell'art. 33. c. 3 della L. 104 per l'anno scolastico 2021/2022;

[Digitare qui]

ALLEGA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI 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