

**LEGGE 104/92**  
**ISTANZA DI APPROVAZIONE**

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo di  
98068 SAN PIERO PATTI

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, docente di scuola \_\_\_\_\_ in servizio presso  
Codesto Istituto Comprensivo, ai fini della concessione dei benefici previsti per i familiari di  
persone portatori di patologie di cui alla Legge 104/92, dichiara sotto la propria responsabilità  
quanto segue:

1. Che la propria \_\_\_\_\_ è affetta da patologie di  
cui alla Legge 104/92 come risulta dalla certificazione medica allegata;
2. Che   1   sottoscritt \_\_\_\_\_ è convivente con la propria \_\_\_\_\_ e vi provvede  
in via esclusiva;
3. Che non vi sono altri familiari in grado di assisterla e che ne beneficiano di quanto previsto  
dalla Legge 104/92;
4. Che la propria \_\_\_\_\_, in atto non è ricoverata presso Istituti di cura.

Alla presente dichiarazione, seguiranno le richieste di permesso (3 giorni al mese) come da  
normativa.

San Piero Patti, \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 196/2003

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art.13 è consapevole che i dati esposti nella presente istanza e nei suoi  
allegati verranno trattati dall'Istituto Comprensivo di San Piero Patti con sistema informatico e cartaceo ai fini istituzionali e che potrà esercitare i  
diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Si autorizza, altresì l'invio dei suddetti dati ad altre amministrazioni pubbliche, sempre ai fini  
istituzionali, secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_