

AL DIRETTORE
DEL CONSERVATORIO STATALE
DI MUSICA DI LATINA

DOMANDA DI PERMESSI LAVORATIVI PER L'A.A. _____/_____
Legge 5 Febbraio 1992, n. 104, art. 33, comma 3

A DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE		

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	
_____	_____	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.
_____	_____	_____
INDIRIZZO	CAP	
_____	_____	
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	
_____	_____	
RAPPORTO DI PARENTELA CON LA PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE		
<input type="checkbox"/> CONIUGE		
<input type="checkbox"/> PARTE DELL'UNIONE CIVILE		
<input type="checkbox"/> CONVIVENTE DI FATTO		
<input type="checkbox"/> PARENTE O AFFINE ENTRO IL 2° GRADO _____		
<input type="checkbox"/> PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO _____		

B DATI RELATIVI ALLA PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE		

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	
_____	_____	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.
_____	_____	_____
INDIRIZZO	CAP	
_____	_____	
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	
_____	_____	
E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
E' PORTATORE DI HANDICAP GRAVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> _____		
ACCERTATO DA		
_____	_____	
IN DATA	RIVEDIBILE IN DATA	
_____	_____	
<input type="checkbox"/> _____		
ACCERTATO DA		
_____	_____	
IN DATA	RIVEDIBILE IN DATA	E GIA' AGLI ATTI DEL CONSERVATORIO

C	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA DEL/DELLA RICHIEDENTE
----------	--

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con la presente rispondono a verità.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di essere l'unico tra i parenti e affini che assistono la persona in situazione di handicap grave a beneficiare di permessi;
- di non essere l'unico tra i parenti e affini che assistono la persona in situazione di handicap grave a beneficiare di permessi;

- che presta assistenza nei confronti della persona in situazione di handicap grave per il quale sono chieste le agevolazioni;

- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona in situazione di handicap grave e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela della persona in situazione di handicap grave;

- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega:

DATA

FIRMA