

DOMANDA FRUIZIONE BENEFICI ART. 33 LEGGE 104/92

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____ data di nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____ Tel _____

QUALIFICA _____ Sede di servizio _____ Tel _____

Tempo pieno

Part time _____ %

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME _____ NOME _____ data di nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____

Portatore di handicap grave accertato dalla AULSS di _____ in data _____

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati SI NO

(per i figli inferiori anni 3)

CONVIVENTE SI NO

IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA

cognome e Nome	data e luogo di nascita	attività

Avvertenza:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.