

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. VIA BOCCIONI
ROMA

Oggetto: **richiesta benefici L. 104/92**

La sottoscritta _____,
_____ con contratto a tempo _____ presso codesta
Istituzione scolastica, chiede alla S.V. di poter usufruire dei benefici della L. 104/92.

A tal fine, allega verbale della Commissione per l'accertamento dell' Handicap (legge 05/02/1992
n. 104) n. _____ del _____ della ASL di _____, Settore
medico-legale comprovante la gravità dello stato di handicap del
Sig. _____ nato a _____ il _____ rapporto
di parentela _____.

La sottoscritta dichiara sotto la propria responsabilità che nessun componente della famiglia
usufruisce di tale beneficio.

Allega verbale ASL

Roma, _____

FIRMA
