

Oggetto: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n.104/92

...l... sottoscritt.....nato a (prov.....)
il.....residente a..... (.....) via.....n. docente –
personale A.T.A, assunt... con contratto a tempo indeterminato/determinato in servizio presso codesto Istituto

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome..... parentela.....

Data e luogo di nascita.....

Residente a.....(.....) via N.

ricosciuto/a invalido/a **in situazione di gravità**, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L. che si allega.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 3 comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127; art. 1, DPR 20 ottobre 1998 n. 403; artt. N. 46,47 e 76 del DPR 445/200,

dichiara

- il/la sottoscritto/a presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni, ovvero che necessita delle agevolazioni per necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;
- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile 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 del disabile;
- per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle A.S.L.;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni
- che non vi sono parenti ed affini entro il 2° grado non lavoratori che possono fornire assistenza alla persona sopra indicata;
- di essere/non essere convivente con la persona portatore di handicap in situazione di gravità sopra indicata;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap ovvero che non vi sono altri soggetti non lavoratori in grado di assisterlo

-- che i seguenti parenti o affini entro il 2° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratore, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e nome.....parentela.....Data di nascita.....
residente.....non può fornire assistenza perchè.....(2)

Cognome e nome.....parentela.....Data di nascita.....
residente.....non può fornire assistenza perchè.....(2)

Cognome e nome.....parentela.....Data di nascita.....
residente.....non può fornire assistenza perchè.....(2)

Cognome e nome.....parentela.....Data di nascita.....
residente.....non può fornire assistenza perchè.....(2)

Riesi ,

Il/la dichiarante

(2) Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. E' di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
4. E' studente/studentessa;
5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. E' di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta (per gli invalidi di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo);
7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. E' privo di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare)_____

Il/la sottoscritt_

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che chiunque dichiari il falso, può subire una condanna penale e decadere dall'impiego (D.LGS 150/2009) nonché dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;

SI IMPEGNA

A comunicare entro trenta giorni, dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- L'eventuale ricovero del portatore di handicap
- La revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione dell'ASL
- La fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari

Riesi_____

***** (spazio riservato all'ufficio) *****



REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE SICILIANA
ISTITUTO COMPRESIVO "G. CARDUCCI"
Via Sald. Zaffaro, 37 - Riesi (CL) - Tel./Fax: 0934922001 - Cont. Servizio: CLIC81700N
Cod. Fis./P. Iva: 82902449355 - E-mail: clic81700n@istruzione.it
Sito Internet: www.icriesi.gov.it



Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attesto che il/la sig.....

Preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Riesi

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Anna Maria Nobile)

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,
AUTORIZZA/NON AUTORIZZA la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e
successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego _____

Riesi,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Anna Maria Nobile)