

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

IO SOTTOSCRITTO

Cognome _____ (per le donne indicare il cognome da nubile)

nome _____ codice fiscale _____

nato a _____ (provincia _____) il _____

attualmente residente a _____ (provincia _____)

indirizzo _____ c.a.p. _____ telefono n. _____

consapevole che le ipotesi di falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite dal codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARO

Di richiedere le agevolazioni previste dal comma 3, art. 33 della Legge 104/92 per:

- Cognome: _____ Nome: _____

- Sesso: Maschio Femmina

- Luogo di nascita:

Nazione: _____

Provincia: _____ Comune: _____

-Data di Nascita: _____

- Codice Fiscale: _____

- Residenza:

Provincia: _____ Comune: _____

- Tipo disabilità: Non Rivedibile Rivedibile Data Revisione _____

Parentela:

Genitore Coniuge Figlio Parente o affine fino al II Grado

Parente o affine del III grado (solo se sussiste una della seguenti condizioni):

- Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni
- Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni
- Coniuge affetto da patologia invalidante
- Genitori affetti da patologia invalidante
- Coniuge deceduto o mancante
- Genitori deceduti o mancanti

- se l'assistito è un figlio indicare se:

la fruizione è alternativa con:

Genitore Coniuge Parente o affine fino al II Grado

Parente o affine fino al III Grado

- motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.

Coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni

Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni

Coniuge affetto da patologia invalidante

Genitori affetti da patologia invalidante

Coniuge deceduto o mancante

Genitori deceduti o mancanti

- l'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico SI NO

se si quale amministrazione: _____

-L'assistito è dipendente pubblico: SI NO

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto: Tempo indeterminato Tempo determinato

Amministrazione: _____

DICHIARO ALTRESI'

- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno;

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale ho richiesto le agevolazioni di cui al comma 3, art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni;

- di essere consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi "non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità",

-di essere 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;

- di essere 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;

- di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data _____

Il dichiarante

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Buccino (SA)

Oggetto: Istanza per essere ammessi a fruire dei permessi retribuiti per "assistere le persone in situazione di handicap grave" - L.104/92.

Il sottoscritto

Cognome	Nome	data di nascita / /	
residenza	Via	nr.	
domicilio	via	nr.	
Impiego	con rapporto a	sede	

In applicazione dell'art.33 della Legge 05/02/1992, n.104, come modificato dall'art. 20 della Legge n.53 dell'8 marzo 2000 e dall'art. 24 della legge n. 183 del 4 novembre 2010,
citata alla S.V.

di essere ammesso a fruire dei permessi retribuiti, previsti dalla citata normativa, per "assistere le persone in situazione di handicap grave" per l'assistenza del Sig.:

Cognome	Nome	data di nascita / /	
residenza	Via	nr.	
Disabile in situazione di handicap grave accertato dal			
di			
In data / /			
disponendone la revisione:			
rapporto di parentela con il richiedente:			
<input type="checkbox"/> coniuge, parente o affine entro il secondo grado			
<input type="checkbox"/> parente o affine entro il terzo grado (come da dichiarazioni allegate)			

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, per i fini previsti dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità di essere consapevole che:

- L'assistenza deve essere prestata nei confronti del disabile per il quale sono richiesti i permessi;
- I permessi sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- La possibilità di fruire dei permessi comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato o la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

BU 2008 03

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità per i fini previsti dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000,

a) dichiara

- che il soggetto disabile al quale assicurerà l'assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso "strutture ospedaliere o comunque le strutture pubbliche, o privato che assicurano assistenza sanitaria".

allegata) si trova in situazione di:

- Interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
- ricovero a tempo pieno in coma vigile/o situazione terminale;
- ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;

b) *dichiara* che il grado di parentela della persona con handicap grave è

c) *dichiara*, consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi "non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità", di essere "unico Referente" per l'assistenza alla stessa persona in situazione di "handicap grave" e che nessun altro componente il nucleo familiare o parente del soggetto disabile interessato alla presente istanza ha in godimento i benefici di cui alla legge 104/92.

d) *si impegna a comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione* della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici e dovrà aggiornare la documentazione prodotta a supporto della presente istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione.

BO BO CO CE

Il sottoscritto *dichiara di essere stato informato* che:

- i dati forniti sono acquisiti dalla Scuola esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003.
- il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.
- i dati saranno oggetto di rilevazione e trasmissione alla banca dati presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'art.24, commi 4-6 della L.183/2010

Allo scopo allega:

1. Verbale in originale di accertamento dell' handicap "in situazione di gravità" ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/92, rilasciato dalla Commissione Competente istituita presso l'A.S.L.i
2. fotocopia carta di identità in corso di validità del soggetto disabile e del soggetto che richiede.

DATA, _____

Il Richiedente
