

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "Santa Croce"

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3

Il/L __ sottoscritt __

_____ nat __ a _____ prov. (____) il

_____, qualifica _____

tempo determinato/indeterminato

presso _____

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992

Il/L __ sottoscritt __ consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità\ alla situazione di disabilità di
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- che i suindicati permessi sono fruiti alternativamente con il seguente familiare _____ con rapporto di parentela _____

Si allega: - copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;

- fotocopia carta di identità e codice fiscale dell'avente diritto.

Firma _____

_____ li _____

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 sì 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data _____

Il dichiarante

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____
a _____ prov. () il _____, residente
a _____ prov. _____ Via _____
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni
non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- (*in alternativa*) di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- (*in alternativa*) di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____ prov. _____ il _____
C.F. _____ e residente in _____

FIRMA
