ALL. B

Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca -
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO DI AQUINO
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO
Viale A. Manzoni snc c.a.p.03031 AQUINO (FR) Tel. e Fax.: 0776728005
e-mail : fric82300t@istruzione.it fric82300t@pec.istruzione.it
Sito Web: http://www.istitutocomprensivoaquino.gov.it/
Cod. Mecc. FRIC82300T Cod. Fisc. 81002610608

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
AQUINO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

(Prov. _____)residente a _____ (Prov._____) in Via/Piazza

_____ n°____,

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

_____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- ☐ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- ☐ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- ☐ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- ☐ disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a. Che l'ASL di _____, nella seduta del

____/____/_____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____

Residente a _____, in Via/Piazza _____

come risulta dalla certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

- ☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

- ☐ l'altro genitore:
  Sig./ra .....C.F.....
  non dipendente / dipendente presso.....
  beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
  - o non è coniugato;
  - o è vedovo/a;
  - o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
  - o è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
  - o è separato legalmente o divorziato;
  - o è coniugato ma in situazione di abbandono;
  - o ha uno o entrambi i genitori deceduti,
  - o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
  - o ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

- ☐ è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- ☐ 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 per l'effettiva tutela dei disabili;

- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

- ☐ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- ☐ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.

- ☐ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)

- ☐ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave -- ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.

ALL. B

- ☐ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

- ☐ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Il/la Dichiarante

Data _____ _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(Spazio riservato all'ufficio

Istituto Comprensivo Aquino

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Marianna Stefania LADISI

Aquino _____

_____

DICHIARAZIONE

da parte dei fratelli o sorelle per beneficiare dell' art.33 legge 104

Il/La sottoscritt__ _____

nato/a a _____ il _____,

(grado di parentela) _____ del/lla

sig. _____,

(indicare il nome del soggetto handicappato)

dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28/12/2000 n. 445, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi: (*)_causa motivi di salute non può assistere la propria madre, e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

_____, lì _____

_____

firma

(*) ragioni esclusivamente oggettive:

(sorelle o fratelli minori, o residenti all'estero, o handicappati, o impossibilitati perché residenti in altre città o paese o motivi di salute).

N. B.

Nel caso ci siano altri fratelli o sorelle occorre dichiarare che non si è in grado di prestare assistenza per motivi oggettivi. Pertanto ogni altro fratello/sorella membro della famiglia dovrà presentare la suddetta dichiarazione.

DICHIARAZIONE

da parte dei fratelli o sorelle per beneficiare dell' art.33 legge 104

Il/La sottoscritt__ _____

nato/a a _____ il _____,

(grado di parentela) _____ del/lla

sig. _____,

(indicare il nome del soggetto handicappato)

dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel' D.P.R. 28/12/2000 n. 445, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi: (*)_causa motivi di salute non può assistere la propria madre, e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

_____, lì _____

_____

firma

(*) ragioni esclusivamente oggettive:

(sorelle o fratelli minori, o residenti all'estero, o handicappati, o impossibilitati perché residenti in altre città o paese o motivi di salute).

N. B.

Nel caso ci siano altri fratelli o sorelle occorre dichiarare che non si è in grado di prestare assistenza per motivi oggettivi. Pertanto ogni altro fratello/sorella membro della famiglia dovrà presentare la suddetta dichiarazione.