

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 ai sensi :

- Art. 33 Comma 1** [persona con handicap maggiorenne in situazione di gravità];
- Art. 33 Comma 3** [assistenza ad un parente o affine entro il terzo grado con handicap in situazione di gravità];

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;

di fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

- tre giorni al mese (art. 33 comma 3 e 6);

A tal fine, ai sensi delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445 e 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 ¹ _____

(data adozione/affido) _____ data di nascita _____

luogo di nascita _____ (Prov: _____)

Residente a _____ (Prov. _____)

in Via/Piazza _____ n. _____.

- di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, madre, nuora, ecc.).

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
oppure
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamentecon il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli art. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445;
- che la persona in situazione di handicap di cui si chiede l'assistenza è attualmente vivente;

Allega:

- a. Certificazione dell'ASL di accertamento dell'handicap, attestante la connotazione di gravità.
- b. Dichiarazione sulla composizione del nucleo familiare in rapporto al grado di parentela con la persona da assistere;
- c. Dichiarazioni (eventuali) degli altri componenti la famiglia dell'assistito sulle motivazioni oggettive che impediscono l'assistenza alla persona in situazione di handicap e che gli stessi non fruiscono dei benefici della L. 104/92 per lo stesso soggetto portatore di handicap.
- d. Copia del documento di identità del richiedente.
- e. Copia del/dei documento/i d'identità degli altri componenti della famiglia dell'assistito.
- f. Stato di famiglia della persona in situazione di handicap.

Il/La Dichiarante

Data _____

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

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti, ai sensi del D.lgs 193/ 2003.

Firma

Data _____

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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
