

Allegato1

Al Dirigente Scolastico
I.C. Sassuolo 1 Centro Est

Oggetto: **Richiesta fruizione permessi Legge 104/92**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov.) il _____

residente a _____ in via _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

con contratto a tempo determinato indeterminato

per l'anno scolastico _____,

conferma che tutta la documentazione relativa al beneficio della fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 è agli atti e si riferisce a:

Art. 21 (disabilità personale);

Art. 33 comma 3 (assistenza a un parente o affine entro il terzo grado con handicap in situazione di gravità).

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, ai sensi delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28/12/2000, n. 445), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sono mutate le condizioni per cui è stata presentata richiesta ai sensi della Legge 104/92 già depositata presso codesto Istituto;

di essere l'unico/a soggetto/a ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap:

_____ nato/a a _____ il _____
grado di parentela (figlio, madre, padre, ecc.) _____

che fruisce dei permessi alternativamente con i seguenti parenti aventi titolo a prestare assistenza al familiare disabile:

1. _____
2. _____
3. _____

che il predetto portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno, anche in via temporanea, presso istituti specializzati;

di essere consapevole che le agevolazioni costituiscono uno strumento di assistenza al disabile e che, pertanto, il loro riconoscimento comporta l'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 sostenuto dallo Stato e dalla collettività esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui derivi la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Sassuolo, _____

Firma _____

ALLEGATI:

- Copia conforme all'originale del verbale dell'apposita Commissione Medica attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
 - Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale della persona assistita.
-

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov.) il _____
residente a _____ (Prov. _____)
in via _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ in data _____ ;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato/a a tempo pieno;
- di svolgere attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per sé stesso/a;
- di non svolgere attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in qualità di _____;

Si allegano copia del documento di identità e del codice fiscale.

Firma _____