

OGGETTO: Conferma richiesta fruizione permessi L. 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____

Nat_ a _____ (Prov. _____) il ____/____/____ residente a _____

via _____, in servizio presso Codesto Istituto in qualità di _____

a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato, avendo inoltrato nell'anno scolastico ____/____ tutta la documentazione relativa al beneficio della fruizione dei permessi di cui alla L. 104/92 ai sensi :☐ Art. 21 [disabilità personale];☐ Art. 33 Comma 3 [assistenza ad un parente o affine entro il terzo grado con handicap in situazione di gravità];

e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA☐ che non sono mutate le condizioni per cui è stata presentata richiesta ai sensi della L. 104/92 già depositata presso Codesto Istituto;☐ di essere ...l... sol... ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap nato 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 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 agevolazione 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 impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Sassuolo, _____

Firma

ALLEGA:

- 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 carta di identità e codice fiscale della persona assistita.

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____

Nato/a a _____ prov. (____)

il _____, residente a _____

prov. _____ In 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 _____;
- 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;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;

Si allega carta d'identità e codice fiscale.

Firma
