RICHIESTA BENEFICI DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE -
(Ai sensi della ex Legge 104/92 art. 33 comma 3 , come modificato dalla Legge 53 del 08/03/2000 e successive modificazioni ed integrazioni)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____

_____

Il/la sottoscritto/a

.....nato a

..... il .....

residente a .....in via.....

.....

.....

in servizio a tempo pieno/parziale presso

.....

.....

.....

con la qualifica di .....

chiede

di poter usufruire dei benefici della ex Legge 104/92, per assistere il Sig./la Sig.ra.....

.....

.....quale.....(indicare tipo parentela.....

residente a .....

via.....

portatore di disabilità grave di cui all'art. 3, comma 3, legge 104/92, come indicato dal verbale di cui si allega copia.

IN FEDE

.....

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo/servizio:

.....

Tel. casa.....Tel. lavoro.....cell.....

Alla presente domanda devono essere allegate:

- la certificazione, rilasciata dal competente Ufficio di Medicina Legale;

- la dichiarazione di prestare assistenza continuativa in via esclusiva e che nessun altro fruisce dei permessi della ex legge 104/92;

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà della persona disabile con l'indicazione della persona da cui intende essere assistita;

- dichiarazione degli altri eventuali componenti il nucleo familiare del soggetto diversamente abile.

- copia documento di identità in corso di validità;

OGGETTO: Autocertificazione per l'utilizzo della legge 104/92.

...L... sottoscritt... ....., nato/a.....

a .....(Prov. .....) il ..../...../.....e in servizio presso.....

..... di....., consapevole delle sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace,

così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 403/98

DICHIARA

- di essere ...l... sol... ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della ex Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap ..... e che lo stesso è assistito in maniera continuativa solo della sua persona;

- che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è mai stato ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici;

- 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 consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni;

- di comunicare, infine, tempestivamente il mutamento o la cessazione della situazione di fatto e di diritto che comporta il venire meno della titolarità dei benefici, aggiornando la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione.

Napoli .....

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a .....(.....) il.....

residente a ..... (.....) in via ..... n. ...

(luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato/a in .....(.....) in via ..... n.....

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art .47 D.P.R. 445/2000).

Che il proprio nucleo familiare originario è così composto:
.....
.....
.....

Che la persona da cui intende essere assistita/o è il/la Sig.....
.....
(indicare grado di parentela) .....

DICHIARA, inoltre

Di non essere ricoverato/a tempo pieno.

(luogo, data)

Il dichiarante

.....

N.B. Per i portatori di disabilità grave tale dichiarazione deve contenere:
-composizione dello stato di famiglia
-indicazione della persona da cui intende essere assistita
-dichiarazione di non essere ricoverato a tempo pieno

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.
E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL SOGGETTO DIVERSAMENTE ABILE

Il/La sottoscritt__ _____nat__a

_____ prov. (_____) il _____

convivente/non convivente con il/la Sig._____

(specificare la relazione di parentela o affinità) _____ , familiare disabile, con il quale abita/non abita nel Comune di_____ (____)

____via_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:_____

_____e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, ex L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li,_____ Firma _____

N.B. - Il presente modello deve essere compilato da tutti i componenti della famiglia anagrafica del Disabile

Per i motivi di lavoro, specificare l'ente pubblico e/o privato presso cui si presta l'attività lavorativa.

Allegare copia del documento di identità in corso di validità.