

*Al Dirigente Scolastico
Dell'I.T.N. "Gioeni Trabia"
PALERMO*

Oggetto: richiesta benefici ai sensi della Legge 104/92

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso l'Ufficio _____ di questo U.S.R. in qualità di _____, chiede di poter fruire dei benefici previsti dalla L.104/92

in quanto disabile (art. 33 cc. 2, 3 e 6 della Legge 104/1992).

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap come da documentazione allegata.
- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
 - tre giorni al mese;
 - due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

per assistere un genitore o parente/affine in situazione di handicap grave (art. 33 c. 3 della Legge 104/1992);

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata, di

Cognome e Nome _____ Grado di parentela (entro il 3° grado)

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____ in Via/Piazza _____

- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza come da dichiarazioni allegate;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazioni allegate;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

per assistere figli minori con handicap grave (art. 33 c. 2 della Legge 104/1992).

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata, del figlio

Cognome e Nome _____ (data adozione/affido)

_____ data e luogo di nascita _____ Residente a

_____ Via/Piazza _____ come

risulta dalla certificazione che si allega.

- che il minore ha

meno di tre anni di vita e perciò opta per

prolungare il periodo di astensione facoltativa;

oppure

usufruire di due ore di permesso giornaliero.

più di tre anni di vita e perciò dichiara che il coniuge non fruisce dei benefici della L.104.

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il Dipendente

Si allega:

verbale della Commissione Medica di Verifica / certificazione provvisoria di handicap;

certificato di Stato di famiglia;

n. ____ dichiarazioni dei familiari;

programma di assistenza;

attestazione di congruità del programma di assistenza.

Luogo _____

Data _____

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****

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 per eventuale diniego:

Il Dirigente Scolastico
Ing. Andrea Tommaselli

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

...L... sottoscritt... .., nat.....

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 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 consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

.....
IL DICHIARANTE
.....

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Superiore GIOENI-TRABIA
PALERMO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

ai fini di potere usufruire per l'anno scolastico 2015/2016 della concessione dei 3 giorni di permesso relativi alla L. 104 per assistere

Il/la Sig./ra _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____

in Via _____ relazione di parentela _____

riconosciuto/a dalla competente Commissione Sanitaria portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3 art. 3), come verbale depositato agli atti di codesto Istituto nel precedente anno scolastico, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

Dichiara

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000:

che l'assistito/a sig./ra _____ è in vita, non si trova ricoverato/a in istituti specializzati e che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo/a stesso/a portatore di handicap.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega fotocopia documento di riconoscimento.

Palermo, _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELL'HANDICAPPATO**

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (____) il _____
in relazione di parentela o affinità _____ con il Sig. _____,
_____ familiare disabile,

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, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firma
