

Al Dirigente scolastico
del.....

OGGETTO: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n.104/92.

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a (Prov.....)
residente a (.....) via..... n.....
docente - personale A.T.A. assunto/a con contratto a tempo indeterminato - determinato
in servizio presso la scuola di

C H I E D E

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni,
per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome parentela.....
Data e luogo di nascita.....
Residente a..... (.....) via n.....

Riconosciuto/a invalido/a in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal
competente collegio medico legale dell'A.S.L. che si allega.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false
attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della
legge n. 15/1968, dichiara (1):

- il/la sottoscritto/a è assistito con continuità ed in via esclusiva dal familiare disabile;
- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza
in vita;
- per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del
giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle A.S.L.;
- che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire
assistenza alla persona sopra indicata;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla
persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun
nominativo:

| | |
|-------------------------------------|--|
| Cognome e nome..... | parentela..... |
| Data di nascita..... residente..... | non può fornire assistenza perché..... (2) |
| Cognome e nome..... | parentela..... |
| Data di nascita..... residente..... | non può fornire assistenza perché..... (2) |
| Cognome e nome..... | parentela..... |
| Data di nascita..... residente..... | non può fornire assistenza perché..... (2) |
| Cognome e nome..... | parentela..... |
| Data di nascita..... residente..... | non può fornire assistenza perché..... (2) |

.....=

Il/la dichiarante

.....

(1) Barrare solo le caselle che interessano;

(2) Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata nella 2 pagina.

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

- 1 . E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
- 2 . E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
- 3 . E' di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
- 4 . E' Studente/Studentessa;
- 5 . E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
- 6 . E' di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta (per gli invalidi di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo);
- 7 . E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
- 8 . E' privo di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
- 9 . Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare). _____.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

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

ISTITUZIONE SCOLASTICA:

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig.....
..... preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

.....,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Il Dirigente scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, AUTORIZZA/NON AUTORIZZA la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego: _____

.....,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SELVAZZANO DENTRO II - "M. Cesarotti"

Via Cesarotti, 1/A - 35030 Selvazzano Dentro (PADOVA)
Telefono 049/638633 - Telefax 049/638716 - Distretto n. 45
Codice M.P.I. PDIC89800Q - Codice fiscale 92249620284
E-mail: pdic89800q@istruzione.it - PEC: pdic89800q@pec.istruzione.it
INTERNET: www.icselvazzano2.edu.it

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo di Selvazzano Dentro II

Oggetto: Richiesta concessione benefici ai sensi dell'art.33 comma 3 della Legge 104/92,
modificato con legge n.183/2010.

Il/La sottoscritto/a nato/a a _____ il _____ in servizio presso codesto
Istituto Comprensivo con la qualifica di _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.33 comma 3 della Legge 104/92, modificato con legge n.183/2010 e delle vigenti
norme contrattuali di usufruire per se stessa dei benefici.

Essendo la stessa già stata riconosciuta portatore di handicap grave (ex art.3, comma 3, L.104/92)
come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap (integrata ex art.4
medesima Legge) dell'Azienda Sanitaria Provinciale di _____, come da
documentazione acquisita al proprio fascicolo personale.

A tal fine la sottoscritta, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000, consapevole,
così come stabilito all'art.76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di
dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi

DICHIARA

1. Di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare della legge 104/92;
2. Che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire dei permessi retribuiti della legge 104/92 art.33 modificato con legge n.183/2010, per assistere la sottoscritta medesima;
3. Impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data

Firma

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELLA PERSONA DISABILE (L.104)**

Il / la sottoscritt _____ nat_ a _____
prov. () il _____

Il / la sottoscritt _____ nat_ a _____
prov. () il _____

Il / la sottoscritt _____ nat_ a _____
prov. () il _____

conviventi/ con il/la Sig. _____ (specificare la relazione di
parentela o affinità) _____, familiare disabile, con il quale abitano nel Comune
di _____ () via _____

DICHIARANO 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.

firme _____
