

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in
Via/Piazza _____ n. _____, in
servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____, a
tempo _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 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];

in qualità di:

- € genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- € genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- € parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;

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

DICHIARA

- a. che i dati del familiare da assistere sono i seguenti:
Cognome e nome _____
Grado di parentela _____
(data adozione/affido) _____ data di nascita _____
luogo di nascita _____ (Prov: _____)
Residente a _____ (Prov. _____) in
Via/Piazza _____ n. _____.
C.F. _____
- b. di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- c. che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- d. che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazione allegata;
- e. di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato 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;
- f. che la persona in situazione di handicap di cui si chiede l'assistenza è attualmente vivente;
- g. che i parenti aventi titolo a prestare assistenza continuativa al familiare disabile sono i seguenti:
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____
 - 5. _____

Allega:

- a. Certificazione dell'ASL di accertamento dell'handicap, attestante la connotazione di gravità.
- b. Dichiarazioni (eventuali) degli altri componenti la famiglia dell'assistito sulle motivazioni oggettive che impediscono l'assistenza alla persona in situazione di handicap e che gli stessi non fruiscono dei benefici della L.104/92 per lo stesso soggetto portatore di handicap.
- c. Copia del documento di identità del richiedente.
- d. Copia del/dei documento/i d'identità degli altri componenti della famiglia dell'assistito.

Il/La Dichiarante

Data _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti, ai sensi del D.lgs 193/ 2003.

Il/La Dichiarante

Data _____