Allegato n. 1

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"G. Falcone e P. Borsellino-F. Carelli"
CONVERSANO

OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva, ai sensi del DPR 445/2000, artt.75 e 76, e successive modifiche e integrazioni, per richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge n.104/92

Il/La sottoscritto/a ……
nato/a il ……../……../…….. a ……(Prov. ……)
residente a …… (Prov. ……) via …… n……..
docente /personale ATA assunto/a con contratto a tempo indeterminato/determinato in servizio presso questo Istituto

CHIEDE

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 …… (Prov. ……) via …… n…….. riconosciuto/a invalido/a in situazione di gravità , come da certificazione rilasciata dal competente 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 propria responsabilità, (Artt. 46 e 47 – D.P.R. 28/12/2000, n° 445 e ss.ii.mm.) dichiara(1):

- **il/la sottoscritto/a assiste con continuità ed in via esclusiva il familiare disabile;**
- **il/la sottoscritto/a assiste con altri parenti alternativamente il familiare disabile**

  Cognome e nome ……
  parentela…… data di nascita …… residenza……..

- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;
- per il familiare disabile 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 possono fornire assistenza alla persona sopra indicata;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado possono/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 …… residenza ……..non può fornire assistenza perché …….. (2)
Cognome e nome …… parentela……
data di nascita …… residenza ……..non può fornire assistenza perché …….. (2)
Cognome e nome …… parentela……
data di nascita …… residenza ……..non può fornire assistenza perché …….. (2)
Cognome e nome …… parentela……
data di nascita …… residenza ……..non può fornire assistenza perché …….. (2)
Cognome e nome …… parentela……
data di nascita …… residenza ……..non può fornire assistenza perché …….. (2)
Cognome e nome …… parentela……
data di nascita …… residenza ……..non può fornire assistenza perché …….. (2)
Conversano, ……

Il /La dichiarante

Allegato n. 1

……..

(1) Barrare solo le caselle che interessano
(2) Indicare il numero corrispondete alla motivazione elencata nella 2° pagina

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata

1. È stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. È affetto/a da invalidità superiore ai 2/3;
3. È di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui l familiare non sia studente):
4. È studente/studentessa;
5. È ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. È 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. È infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. È 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.