

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 _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- disabile lavoratore richiedente i permessi.
- 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;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -
D.P.R. 28/12/2000, n° 445 e successive modifiche)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a. Che la persona per la quale viene richiesto il beneficio è:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela (1) _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____

Residente a _____, in Via/Piazza _____ n. _____

che l'accertamento dell'handicap è **NON RIVEDIBILE**; **RIVEDIBILE il** _____

come risulta dalla certificazione ASL /INPS che si allega;

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati (allegare dichiarazione);

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
oppure
 di non essere il referente unico pertanto usufruirà dei permessi per l'assistenza al disabile,
alternativamente al seguente avente diritto:
Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____ a _____
Residente a _____ () via _____
Tel. _____ email _____ pec _____
In servizio presso (indicare struttura lavorativa sede e recapiti) _____

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato
oppure

(1) Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza. Se non convivente indicare anche la distanza in Km _____ (se superiore a 150 km dimostrare alla propria amministrazione l'avvenuta assistenza con titoli di viaggio o simili).

Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornirle assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate)

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione INPS:

1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33 , comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di Handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:

- a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le pensioni di inabilità o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
- b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le pensioni di invalidità civile, gli assegni di invalidità INPS, le rendite INAIL, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
- c) età superiore ai 65 anni;
- d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
- e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.

2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore;

Si allega:

- 1- verbale della commissione medica ASL/INPS di riconoscimento della l.104/92 art. 3 c.3
- 2- dichiarazione altrà/e persona/e che beneficia/ano dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari con copia documento identità;
- 3- copia documento di riconoscimento del familiare disabile e del richiedente
- 4-Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza del richiedente;
- 5-Dichiarazione sostitutiva di non ricovero dell'assistito

Il/la Dichiarante

Vairano Patenora, _____

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