AL DIRIGENTE SCOLASTICO

-------------------------------------

------------------------------------

**OGGETTO**: **RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92**

Il/la sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iI -------------------------------------------residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ docente o personale ATA in servizio presso questo Istituto con contratto a Tempo indeterminato/determinato, al fine di poter fruire dei benefici della Legge 104/92 a.s. 20 /20 :

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara quanto segue:

□ il/la sig/ra nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portatore di Handicap grave accertato dall’ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ha il seguente grado di parentela con lo/la scrivente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva da parte del/della sottoscritto/a □ che è convivente con il sottoscritto/a all’ indirizzo sopra specificato

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’ Amministrazione, dichiara inoltre:

* che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap
* D. Lgs n° 105 del 13 Agosto 2022 o che ci sono altre persone o l’ altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto nel limite massimo di 3 (tre) giorni complessivi
* di essere l’unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap in via esclusiva ed a carattere continuativo, in quanto
* □ nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l’handicappato □ pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l’handicappato, l’assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di **oggettiva impossibilità** di cui si produce autocertificazione. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica . □ pur essendo presenti altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente, l’assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di **oggettiva impossibilità** di cui si produce autocertificazione; che é consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni 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 ;
* il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

□ non é coniugato; □ é vedovo/a; □ é coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età ; □ é coniugato ma il coniuge é affetto da patologie invalidante; □ é stato coniugato ma il coniuge é deceduto; □ é separato legalmente o divorziato; □ é coniugato ma in situazione di abbandono; □ ha uno o entrambi i genitori deceduti; □ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età; □ ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

* □ che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare ....) da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Firma del richiedente

ALLEGATI □ Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)

□ (Qualora nel nucleo familiare del portatore di handicap vi siano altri soggetti in grado di assistere l’handicappato, ma impossibilitati perché si trovano in una ipotesi di oggettiva impossibilità) documentazione che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei componenti il nucleo familiare □ Autocertificazione di altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente ma che si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità a prestare assistenza.

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

**( DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDE PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall' art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA :**

□ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere in condizione

□ di non essere ricoverato a tempo pieno ;

□ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per

se stesso;

□ di non prestare attività lavorativa;

□ di essere parente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di voler essere assistito/a soltanto dal Sig/r/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento n. rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data,

Firma