

CERTIFICAZIONE RELATIVA AI BENEFICI DELLA L. 104/92

Al Dirigente Scolastico
dell'IC. G. Pascoli
Benevento

Il/La sottoscritto/a _____,
in servizio presso questa Istituzione Scolastica, con la qualifica di _____

CHIEDE

di usufruire anche per l'a.s. **2018/2019** dei permessi ai sensi dell'art. 33 della ex legge n. 104/92

- 1) per **assistere proprio familiare**, di cui si è già data comunicazione;
- 2) **situazione personale**, di cui si è già data comunicazione.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- che non sono mutate le condizioni per cui è stata presentata richiesta ai sensi della Legge n. 104/92 già depositata presso codesto Ufficio;
- che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno, anche in via temporanea, presso istituti specializzati;
- che sussistono i requisiti della continuità e dell'esclusività della richiesta di assistenza al familiare, dovendo assisterlo per le sue necessità ed essendo altresì l'unico soggetto in grado di poter prestare assistenza;
- che all'interno del nucleo familiare non vi sono altri soggetti che prestino assistenza, ovvero che, trattandosi di familiare non convivente, lo stesso non è inserito in un nucleo familiare in cui sono presenti lavoratori che beneficiano degli stessi permessi ovvero soggetti non lavoratori che siano in grado di assisterlo;
- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che è 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;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, aggiornando la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione.

Benevento _____

Con osservanza

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "G. PASCOLI"
BENEVENTO

Il/La sottoscritt _____, nat ___ a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____, via _____,
in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di _____,
con contratto a _____,

CHIEDE

di beneficiare, ai sensi dell'art. 33 comma 3 della ex legge n. 104 del 5 febbraio 1992,
di tre giorni di permesso retribuito mensile, in quanto assiste

_____,
portat _____ di handicap in situazione di gravità così come si evince da specifica
certificazione medica, rilasciata dall'A.S.L. di Benevento in data _____
con numero di pratica _____.

All'uopo dichiara, sotto la propria responsabilità:

- che la predetta persona con handicap è con ___l___ scrivente nel rapporto di parentela qui di seguito indicato:
- che non vi sono nel nucleo familiare della suddetta persona con handicap soggetti non lavoratori in grado di poterla assistere;
- che la medesima persona non è in stato di ricovero, vivendo presso il suo domicilio, nel Comune di in via/piazza
- che nessun altro si avvale del beneficio qui richiesto, per la medesima persona;
- che è consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nelle sanzioni penali previste ai sensi delle leggi 15/68, 127/97, 131/98, DPR 445/2000, oltre che nella revoca dei benefici goduti.
- Allega copia della certificazione medica dell'A.S.L. di _____, rilasciata ai sensi dell'art. 4 della ex legge n. 104/92 in data _____
- Allega autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 dell'assistito/a .

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare eventuali variazioni ,che potrebbero verificarsi successivamente, a quanto dichiarato nella presente istanza.

Benevento _____

Con osservanza

Oggetto: Autocertificazione Legge 104/92

Il/la sottoscritto/a.....
 nato/a a..... il..... e residente a
 via..... tel.....
 (eventualmente) domiciliato/a a..... via.....,
 docente/ata con contratto a tempo indeterminato/determinato nella scuola dell'infanzia/primaria/secondaria
 di primo/secondo grado classe di concorso..... titolare presso..... in
 servizio presso..... ai sensi del DPR n. 445 del
 28.12.2000 e successive integrazioni,

DICHIARA quanto segue sotto la propria responsabilità

- che nato/a a.....
 il....., disabile in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e
 permanente, così come previsto dall'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, si trova nel seguente
 rapporto di parentela/ di adozione/ di affidamento.....;
*(marito/moglie, padre/madre, padre/ madre adottivo/a affidatario/a, figlio/figlia unica/o in grado di prestare
 assistenza, fratello/sorella, ovvero tutela legale che va comunque documentata in allegato alla domanda);*
- che a favore del suddetto soggetto disabile il/la sottoscritto/a presta attività di assistenza **con
 carattere continuativo ed in via esclusiva** come previsto dagli artt. 19 e 20 della legge n. 53/2000;
- o che il suddetto soggetto disabile non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzato;
 - o che il suddetto soggetto disabile abita nel comune di.....(Prov.....);
 - o che è l'unico familiare dell'assistito/o che si può dedicare in maniera ed in forma esclusiva;
 - o che nessun altro familiare del soggetto disabile sopraindicato usufruisce dei permessi retribuiti
 previsti dalla L.104/92.

Data.....

In fede

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a

_____ prov. (_____) il _____ residente in

figlio/a del/della Sig. _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 modificata ed integrata dalle leggi 127/97 n. 191/98 e dal D.P.R. 403/98:

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.

Allego copia del documento di riconoscimento.

_____ li, _____

Firme _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C." G. PASCOLI"

BENEVENTO

OGGETTO: Beneficio art. 33, comma 3, ex L. 104/92 - anno scolastico 2018/2019

Dichiarazione sostitutiva di certificazione DPR 445 del 28/12/2000

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

(SPECIFICARE IL GRADO DI PARENTELA CON IL DIPENDENTE CHE FRUISCE DEL BENEFICIO IN OGGETTO) _____

DICHIARA

La propria famiglia, oltre al sottoscritto è composta da:

cognome – nome	luogo di nascita	data di nascita	parentela	residenza e indirizzo
_____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____	_____

DICHIARA

inoltre , che sarà assistito/a dal/la sig./ra _____

il cui grado di parentela è _____

Benevento, _____

IL DICHIARANTE _____