

Al Dirigente scolastico
del.....

OGGETTO: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n.104/92.

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a (Prov.....)
residente a (.....) via..... n.....
docente - personale A.T.A. assunto/a con contratto a tempo indeterminato - determinato
in servizio presso la scuola di

C H I E D E

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..... (.....) via n.....

Riconosciuto/a invalido/a in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal
competente collegio 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 sua personale responsabilità, ai sensi della
legge n. 15/1968, dichiara (1):

- il/la sottoscritto/a è assistito/a con continuità ed in via esclusiva dal familiare disabile;
- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza
in vita;
- per il familiare sopraindicato 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 possano fornire
assistenza alla persona sopra indicata;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, 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.....	residente..... non può fornire assistenza perché..... (2)
Cognome e nome.....	parentela.....
Data di nascita.....	residente..... non può fornire assistenza perché..... (2)
Cognome e nome.....	parentela.....
Data di nascita.....	residente..... non può fornire assistenza perché..... (2)
Cognome e nome.....	parentela.....
Data di nascita.....	residente..... non può fornire assistenza perché..... (2)

.....=

Il/la dichiarante

.....

- (1) Barrare solo le caselle che interessano;
- (2) Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata nella 2 pagina.

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

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

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****

ISTITUZIONE SCOLASTICA:

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig.....
..... preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

.....,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Il Dirigente scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, AUTORIZZA/NON AUTORIZZA la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego: _____

.....,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

DICHIARAZIONE PERSONALE – (Fratelli e/o sorelle)

(art. 47 dpr n. 445 del 28.12.2000 modificato ed integrato dall'art. 15 della Legge 16.01.2003 n. 3)

.....l..... sottoscritt..... nat..... il
a () e residente a ()
con abituale dimora alla Via n., cap;
- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 modificato ed integrato dall'art.
15 della Legge 16.01.2003 n. 3;

dichiara

- di essere figli... di , soggetto handicappato in situazione
di gravità, nato il a () e
residente a () con abituale dimora alla Via
..... n., cap

- di non essere in grado di effettuare l'assistenza al genitore handicappato in situazione di gravità
per le seguenti ragioni esclusivamente oggettive, tali da **non consentire l'effettiva e continuativa assi-**
stenza al genitore handicappato in situazione di gravità:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- pertanto, di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene
avvalso in precedenza.

Data

Firma (1)

(1) La presente dichiarazione deve essere rilasciata da ciascuno dei figli del soggetto handicappato. Alla stessa deve
essere allegata la fotocopia di un valido documento d'identità.