DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' -DPR.28 DICEMBRE 2000 N.445 ART. 47-

Il/la sottoscritto/a Cognome.....

Nome..... e residente in Comune di .....

in Via .....

a seguito del riconoscimento di disabilità in situazione di gravità,

DICHIARA

☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;

☐ di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;

☐ di voler essere assistito dal

Sig./ra_____

nato/a a_____ (Prov____) C.F.

_____ e residente a

_____ (Prov____)

Sig./ra_____

nato/a a_____ (Prov____) C.F.

_____ e residente a

_____ (Prov____).

ALLEGA: copia del documento di identità

Luogo e data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DIVERSAMENTE ABILE

Il/La sottoscritt_ _____

nat_ a _____ prov. (_____) il_____

in qualità di (specificare la relazione o il grado di parentela o affinità)_____

del/la Sig./ra _____ familiare disabile, e residente nel

comune di _____ (___) in via _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Ai sensi della legge n°15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

_____

pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ lì, _____

FIRMA

_____

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuatidalla Legge)

Alla Dirigente Scolastica
dell' Istituto Comprensivo Statale
"Luigi Capuana" di Giarratana

Il/la sottoscritt_____nat_ il _____

a_____(prov._____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico ☐ Assistente Amministrativo con contratto di lavoro a ☐ t. ind.to ☐ t. det.to

C H I E D E

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

*Cognome e nome*_____*rapporto di parentela*_____

Data di nascita_____Comune di nascita_____Provincia _____

C.F._____residente a _____ (se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km_____ (Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

☐ il disabile è in vita;

☐ l'accertamento dell' handicap è ☐ **IRRIVEDIBILE** ☐ **RIVEDIBILE** il _____

☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

☐ di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;

☐ **di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto :**

*NOME*_____*COGNOME*_____*DATA*_____*LUOGO NASCITA*_____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____tel/_____mail_____

☐ Solo per dare assistenza a familiari di 3°:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

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

Si allega:

- ➢ copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita diassistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- ➢ dichiarazione dell' altra persona che beneficia 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;
- ➢ copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- ➢ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

_____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Giarratana,_____ Per presa visione

_____

Modello A

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. Luigi Capuana"
Giarratana

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992.

Il sottoscritto _____,

nato a _____(prov____),il_____, residente

a_____ Prov. _____ Via

_____ n° _____, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____, già fruitore dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.

consapevole

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR , 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2) del D.lgs. n° 165/2001

dichiara sotto la propria responsabilità

☐ che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il proprio familiare.

☐ che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona.

che dal _____ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare) **a tal fine specifica**

☐ che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno

☐ di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile

☐ di essere il <u>referente unico</u> quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;

☐ **di non essere il <u>referente unico</u>, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto :**

*NOME*_____*COGNOME*_____*DATA*_____*LUOGO NASCITA*_____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

Per quanto dichiarato

☐ si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità

☐ si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

_____

_____

Giarratana lì ____/____/_____

FIRMA

_____