

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "A. FARNESE"
di CAPRAROLA

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a
_____ prov. (____) il _____,
qualifica_____ tempo determinato/indeterminato presso
IPSEO A. FARNESE di CAPRAROLA (VT)

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 -comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la
sig. _____ (coniuge / figlio / madre / padre /ALTRO
_____) nato a _____ -prov. _____
il _____ e residente a _____ -prov. _____
Via _____

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

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. _____
- l'altro genitore sig. _____ C.F. _____
non dipendente / dipendente presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- **dichiarazione (*)**

(*) Allegare dichiarazione di altri eventuali familiari che attesti la volontà o l'impossibilità degli stessi a beneficiare dei permessi previsti dalla L. 104/92 per assistenza allo stesso soggetto disabile.

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt_____ nat_ a _____ prov. (____) il _____, residente a _____ prov. _____ Via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni 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 prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./sig.ra _____ nat_ a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____ residente a _____ Via _____

li _____

firma
