

Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo Statale
di Curtarolo e Campo.S.Martino

Il/La sottoscritto/a

Nato/a il..... a

residente a(Prov.) in via/piazza n.

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- ☐ genitore della persona portatrice di disabilità di età inferiore a tre anni
 - ☐ genitore della persona portatrice di disabilità di età superiore a tre anni
 - ☐ parente, affine o coniuge di una persona portatrice di disabilità
 - ☐ lavoratore portatore di disabilità richiedente i permessi
-

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ'
(Artt.46 - 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa DPR 28/12/2000 n.445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

- a) Che l'AULSS di....., nella seduta del....., ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), con giudizio definitivo senza/con obbligo di revisione di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela ¹ _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita nata il _____ Residente a _____, in Via _____.

- b) che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

c)

- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di disabilità

Oppure

- ☐ che il sig./ra beneficia dei permessi per lo stesso portatore di disabilità alternativamente con il sottoscritto, nel limite max di 3 gg complessivi ai due beneficiari (allegare dichiarazione dell'altro beneficiario)

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
Parente o affine di il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

² Se residente in comune distante più di 150km è necessario attestare con titolo di viaggio o altra documentazione idonea il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine di il 3° grado:

- ☐ dichiaro che i genitori, il coniuge o la parte di un'unione civile o convivente di fatto della persona portatrice di disabilità in situazione di gravità non può assistere per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate)

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona portatrice di disabilità per parenti ed affini entro il terzo grado art.3 comma 2 D.L. 30/06/22 n.105

- Mancanza
- Decesso
- Affetto da patologie invalidanti
- Hanno compiuto i 65 anni di età

-
- d) di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.
- e) di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona portatrice di disabilità e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno-morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.
- f) di essere 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 della persona portatrice di disabilità.
-

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di lavoratore portatore di disabilità:

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
- ☒ tre giorni al mese;
- ☒ due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;
-

Allegati:

- 1) Accertamento di handicap

Luogo, data

il/la Dichiarante

.....

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.