

Al Dirigente Scolastico
I.I.S.S. "A. Righi"
Cerignola (FG)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

C H I E D E

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

- genitore della persona disabile;
- parente, affine, coniuge _____ (indicare il grado di parentela);
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 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

Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela ¹ _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____

Residente a _____, in Via/Piazza _____

come risulta dalla certificazione che

- si allega;
- è agli atti e il/la sottoscritto/a dichiara che da parte della ASL non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
oppure

di fruire dei permessi per l'assistenza alla persona sopra indicata (ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2022, n. 105) in alternativa con _____ (indicare il nome e il grado di parentela) dipendente presso _____;

oppure

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori;

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

che la persona portatrice di handicap ha effettuato liberamente la scelta, all'interno della famiglia, sul sottoscritto per l'assistenza prevista nei termini di legge, come da dichiarazione allegata in calce alla presente;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;
oppure

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane;

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

che i genitori o il coniuge della persona da assistere non possono fornirle assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (Età- patologie invalidanti- decesso)

Il sottoscritto dichiara altresì:

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;

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;

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 dei disabili.

Il/la Dichiarante

Data _____

=====

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, riconosciuto disabile in situazione di gravità, dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000, di accettare liberamente l'assistenza del familiare suindicato
