

RICHIESTA BENEFICI LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N.104

Alla Dirigente scolastica
IIS PIZZINI P. PAOLA IPSEOA LS
GALILEI G.
87027 PAOLA (CS)

Il/La sottoscritto/a	
luogo e data di nascita	
residenza	
domicilio	
qualifica	
in servizio presso	

CHIEDE

- ☐ di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 6 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 in quanto persona in situazione di handicap grave;
- ☐ la concessione delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 33 per l'assistenza a persona con handicap in situazione di gravità. A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46 e 47, produce le seguenti dichiarazioni sostitutive relative alla sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni, consapevole che l'art. 76 del citato DPR prevede che *“chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”*.

Ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità e consapevolezza

DICHIARA	☐ di prestare assistenza alla persona in situazione di handicap grave risultante dal verbale della Commissione Medica, allegato alla presente istanza di seguito indicata:
	Cognome
	Nome
	Luogo e data di nascita
	Residenza
	Domicilio
	☐ di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che non vi sono altri lavoratori dipendenti che fruiscono delle stesse agevolazioni

	per la stessa persona in situazione di disabilità grave ☐ di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che vi sono altri lavoratori dipendenti che, alternativamente con il/la sottoscritto/a, fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona in situazione di disabilità grave ☐ l'altro genitore Sig./ra..... C.F....., non dipendente/ dipendente presso, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
DICHIARA	il soggetto in situazione di disabilità grave Cognome Nome Luogo e data di nascita Residenza Domicilio non è ricoverato a tempo pieno, con <i>le eccezioni</i> previste al punto 3 della Circolare del 3 dicembre 2010 n.155; Il/la sottoscritto/a, pertanto, si impegna a produrre idonea documentazione medica in caso di situazioni eccezionali, relativamente a: • ricovero a tempo pieno di disabile in coma vigile e/o in situazione terminale; • ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare; • interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie. ☐ che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2°grado..... ☐ che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado (barrare la voce che interessa) e costui: ☐ non è coniugato/a; è vedovo/a; @è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età; è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante; @è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto; @è separato/a legalmente o divorziato/a; ☐ è coniugato/a, ma in situazione di abbandono; cha uno o entrambi i genitori deceduti, ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età; ☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
DICHIARA	di essere a conoscenza che - se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso; - ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui <i>consegua</i> la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30 gg; - la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili;

- le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno — morale oltre che giuridico — a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
cdi impegnarsi a comunicare, salvo dimostrate situazioni di urgenza, le assenze con congruo anticipo - se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese - al fine di consentire la migliore organizzazione del servizio.

Allega alla presente la seguente documentazione.'

COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art. 4, comma 1, della L. 5 febbraio 1992, n. 104, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. 1° luglio 2009, n. 79, convertito nella legge 3 agosto 2009, n. 102, attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;

dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina), nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dalla legge;

nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;

nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;

Copia di un documento di riconoscimento

Luogo e data

Firma

