AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO

 “A. GENOVESI” SAN CIPRIANO PICENTINO

OGGETTO**: Richiesta di ammissione alla fruizione dei benefici per l’assistenza ad un familiare in condizione**

 **di disabilità grave, ai sensi della L. 104/92 (art. 3 comma 3 L. 5/2/1992 n. 104)**

\_\_L \_SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E RESIDENTE A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO A TEMPO

INDETERMINATO/DETERMINATO IN QUALITA’DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

AI SENSI DELL’ART. 3 DELLA LEGGE DEL 05/02/1992 N. 104, DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI RETRIBUITI

PER L’A.S. \_\_\_\_/\_\_\_\_ PER POTER ASSISTERE \_\_L\_\_ SIGNOR

NATO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CON \_\_L\_\_ QUALE E’ NELLA SEGUENTE RELAZIONE DI PARENTELA :

D I C H I A R A

DI POSSEDERE I REQUISITI RICHIESTI DALLA LEGGE PER USUFRUIRE DEI PERMESSI RETRIBUITI DI COMUNICARE I GIORNI O I PERIODI DI ASSENZA IN TEMPO UTILE ;

DI COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI DELLA STRUTTURA SANITARIA, DELLE NOTIZIE O DELLE SITUAZIONI AUTOCERTIFICATE RELATIVE ANCHE ALL’ESISTENZA IN VITA DEL PORTATORE DI HANDICAP ;

CHE NESSUN FAMILIARE BENEFICIA DEI PERMESSI E DELLE AGEVOLAZIONI DI CUI ALL’ART. 33 L. 104/1992 PER LO STESSO PORTATORE DI HANDICAP ;

CHE SIA L’UNICO SOGGETTO IN GRADO DI PRESTARE AL DISABILE ASSISTENZA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA, CHE IN CASO IN CASO DI NON CONVIVENZA, SIA L’UNICO SOGGETTO IN GRADO DI ASSICURARE IL PROPRIO SUPPORTO NEI CONFRONTI DEL PORTATORE DI HANDICAP;

CHE IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP NON E’ RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI ;

DI ESSERE 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 ;

DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA POSSIBILITA’ DI FRUIRE DELLE AGEVOLAZIONI COMPORTA ONERE PER L’AMMINISTRAZIONE E UN IMPEGNO DI SPESA PUBBLICA CHE LO STATO E LA COLLETTIVITA’ SOPPORTANO PER L’EFFETTIVATUTELA DEI DISABILI ;

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, AI SENSI DELLE DISPOSIZIONI DI LEGGE CONTENUTE NEL DPR N. 445 DEL 28/12/2000, CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO AL VERO E DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA’ AMMINISTRATIVE, CIVILI E PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI

FALSE DIRETTE A GODERE INDEBITAMENTE I SUDDETTI BENEFICI.

ALLEGA ALLA PRESENTE IL VERBALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RILASCIATO DALL’ASL DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_