

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
Il _____ docente o personale ATA in servizio presso questo Istituto con contratto a
Tempo indeterminato/determinato, al fine di poter fruire dei benefici della Legge 104/92:

Art. 33 comma 3;

Art. 21;

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- il/la sig/ra _____ nato/a _____ il _____
- Portatore di Handicap grave accertato dall'ASL di _____ in data _____
- ha il seguente grado di parentela con lo/la scrivente _____
- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuati o ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a
- che è convivente con il sottoscritto/a
(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap
- di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap in via esclusiva ed a carattere continuativo, in quanto:
 - è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva (come da dichiarazione allegata);
 - nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere la persona in stato di disabilità;
 - pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere la persona in stato di disabilità, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica;
 - pur essendo presenti altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità di cui si produce autocertificazione;
- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

Firma del richiedente