

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dell' I.S. "S.PERTINI"  
di AFRAGOLA

RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_ in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

con Contratto a Tempo \_\_\_\_\_

C H I E D E

A) di poter beneficiare dei permessi di cui all'art.33, comma 6 della legge 104 del 25/02/1992  
PER SE MEDESIMO

B) di poter beneficiare dei permessi di cui all'art.33, comma 1, 2 e 3 della legge 104 del  
05/02/1992 per l'assistenza a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ ( ) il  
GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

C) di voler fruire di n. 3 permessi mensili nelle date che provvederà a trasmettere entro il 20 di ogni  
mese antecedente

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o  
uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara sotto la  
propria responsabilità, quanto segue:

**A** ASSISTENZA A SE MEDESIMO

**B** ASSISTENZA A FAMILIARE

che la persona da assistere è in possesso della certificazione idonea rilasciata dalla ASL \_\_\_\_\_ di  
\_\_\_\_\_ ( );

- la persona con disabilità è in vita;
- la persona da assistere non convivente risiede nel comune di \_\_\_\_\_ ( )
- la persona con disabilità non convivente risiede nel comune di \_\_\_\_\_ ( ) con  
distanza chilometrica tra le due abitazioni di meno di 150 Km
- il familiare con disabilità ha manifestato la volontà di fruire dell'assistenza del richiedente,  
come da dichiarazione allegata;
- il familiare con disabilità non risulta ricoverato presso alcuna struttura né pubblica, né privata;
- nessun altro familiare fruisce dei benefici di cui sopra;
- è referente unico per l'attività di assistenza al familiare disabile;

Il/la sottoscritt\_ è consapevole:

1. che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del diversamente abile, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza (circ. PMC/DPP/13/2010);
2. 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 del disabile (PMC/DPP/13/2010);
3. che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulle veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75, e 76 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - DPR 28.12.2000 n. 445

Ai sensi dell'art.38 DPR n. 445/200, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante.

Il/la sottoscritt\_ s'impegna:

- a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)
- a dimostrare eventuali situazioni di urgenza che comportano la nullità dei giorni di assenze calendarizzate.

Allegati:

- Copia certificato INPS attestante lo stato "DISABILITA' GRAVE" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art.4 legge 104/92 (in originale o copia autenticata);
- Dichiarazione del familiare da assistere corredata da fotocopia del documento di identità;

Afragola, li

In fede

Avvertenza : il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/la sottoscritto/a ..... con la presente autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente certificazione, nell'ambito e per fini istituzionali della Pubblica Amministrazione ( art. 13 D.Lg 196/2003)



AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dell' I.S. PERTINI  
AFRAGOLA

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il /La sottoscritto/a.....

nata/o a..... Prov. ( ) il.....e residente a.....

Prov ( ), in via .....

DICHIARA

Ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000,sotto la personale responsabilità

Di essere assistita dal Sig.....

Nato/a.....Prov. ( ) il....., in quanto il medesimo è l'unico

componente della famiglia in grado di assicurare il tipo di assistenza di cui necessita.

- Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che la legge riserva a coloro i quali rilasciano dichiarazioni mendaci - art.76 D.P.R. 445/2000.

Data

FIRMA

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs.196/2003 e successive modifiche.

Data

FIRMA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL' ISIS "PERTINI"  
AFRAGOLA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 46 e 47 delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa D.P.R. 28.12.200, n 445)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, Codice fiscale \_\_\_\_\_

In servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di

\_\_\_\_\_

Beneficiario/a dell'art. \_\_\_\_ comma \_\_\_\_ di cui al decreto autorizzato del

\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- che, alla data odierna, sussistono tutti i requisiti originali dichiarati e documentati all'atto della richiesta.
- che il familiare da assistere non risulta ricoverato presso alcuna struttura né pubblica, né privata;
- che nessun altro familiare fruisce dei benefici di cui sopra;
- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che 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 del disabile;
- che s'impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle della legittimazione alle agevolazioni.

Afragola, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_