

OGGETTO: Domanda iniziale art. 33 L. 104/92

Il/la sottoscritto _____

nat__il_____a_____ (____) Codice Fiscale _____

residente a _____

comune

provincia

c.a.p.

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con contratto:

a tempo ☐ INDETERMINATO ☐ DETERMINATO

CHIEDE

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

☐ soggetto portatore di handicap ☐ 1] figlio di soggetto portatore di handicap ☐ 1] coniuge di soggetto portatore di handicap ☐ 1] genitore di soggetto portatore di handicap ☐ 1] parente entro il 3° grado del soggetto portatore di handicap

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ 1]

- ai sensi della legge n. 15/1968 e del DPR 445/2000 di **essere effettivamente convivente** con il/la sig./sig.ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____ unitamente al quale abita nel Comune di _____ (____) via _____ e che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt__ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89.
- consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni di essere l'unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per l'assistenza di sig./sig.ra _____

DATI PORTATORE DI HANDICAP

STATO DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP

(*) Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3 (in questi ultimi casi vanno allegate le relative certificazioni).

Avvertenza

☐ Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità

COGNOME E NOME	Parentela	Luogo e data di nascita
CODICE FISCALE	RESIDENZA	Via/Piazza/V.le
Rapporto di parentela con il dichiarante	☐ Sé stesso ☐ genitore ☐ coniuge ☐ figlio ☐ parente entro 3° grado	
Portatore di handicap grave accertato dalla ATS di	Competenza territoriale	data
Disabilità rivedibile	☐ sì ☐ no	

di prestare assistenza 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.

COGNOME E NOME	Data / Luogo nascita	Professione (*) (**)

☐ In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione.

IN CASO DI NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente

☐ **dichiara** di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.

☐ **indica**

☐ la distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap: Km _____

☐ il tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore _____

SIA IN CASO DI CONVIVENZA CHE NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente

☐ **dichiara**, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

DICHIARAZIONE ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

Il/La _____ sottoscritt _____ nat__a _____
_____ prov. (____) il _____

Il/La _____ sottoscritt _____ nat__a _____
_____ prov. (____) il _____

Il/La _____ sottoscritt _____ nat__a _____
_____ prov. (____) il _____

conviventi con il/la Sig. _____ (specificare la relazione di
parentela o affinità) _____, familiare disabile, con il quale abitano nel Comune di
_____ (____)

via _____

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al
familiare disabile per i seguenti motivi: _____ e pertanto di non
avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____, li, _____

Firme _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46_DPR 445/2000)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

- ☐ le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- ☐ è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- ☐ il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- ☐ il dipendente necessita delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;
- ☐ il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al 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;
- ☐ il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- ☐ il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegua la perdita delle agevolazioni.

ALLEGATI

- ☐ Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- ☐ Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'ASL)
- ☐ Altra documentazione:

(luogo e data), _____

Firma

VISTI l'istanza dell'interessato, gli atti d'Ufficio e le esigenze di servizio:

☐ *si concede*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

☐ *non si concede*

Prof. Gelsomina Langella