



Ambito Territoriale CAL0000004

ISTITUTO COMPRENSIVO CETRARO



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo Musicale
 Via Donato Faini - 87022 - CETRARO (CS) – ☎ e Fax (0982) 91081- 91294
 C. F. 86001890788 - C. M. CSIC872004 - codice univoco ufficio UFV13L
 e-mail: csic872004@istruzione.it- PEC: csic872004@pec.istruzione.it
 Sito web: www.iccetraro.gov.it

RICHIESTA BENEFICI LEGGE N.104/1992

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Cetraro" Via Donato Faini – 87022 - Cetraro	
Il/La sottoscritto/a	
luogo e data di nascita	
residenza	
domicilio	
qualifica	
in servizio presso	
CHIEDE	
<input type="checkbox"/> di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 6 della Legge 104/92 in quanto persona in situazione di handicap grave;	
<input type="checkbox"/> la concessione delle agevolazioni previste dalla Legge n. 104/1992, art. 33, in qualità di unico referente per l'assistenza a persona con handicap in situazione di gravità. A tal fine, ai sensi del DPR n. 445/2000, 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 <i>"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"</i> .	
Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità e consapevolezza	
DICHIARA	<input type="checkbox"/> di essere unico referente per l'assistenza alla persona di seguito indicata: Cognome Nome Luogo e data di nascita Residenza Domicilio situazione di handicap grave risultante dal verbale della Commissione Medica, allegato alla presente istanza
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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;

<p>DICHIARA</p>	<p><input type="checkbox"/> il soggetto in situazione di disabilità grave Cognome Nome Luogo e data di nascita Residenza Domicilio</p> <p>non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><input type="checkbox"/> che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2°grado ;</p> <p><input type="checkbox"/> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non è coniugato/a; <input type="checkbox"/> è vedovo/a; <input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età; <input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante; <input type="checkbox"/> è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto; <input type="checkbox"/> è separato/a legalmente o divorziato/a; <input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma in situazione di abbandono; <input type="checkbox"/> ha uno o entrambi i genitori deceduti, <input type="checkbox"/> ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età; <input type="checkbox"/> ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
<p>DICHIARA</p>	<p>di essere <i>a conoscenza che</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 consegue 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. 30gg; - 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; <p><input type="checkbox"/> di 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.</p>

Allega alla presente la seguente documentazione:

- COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art. 4, comma 1, della L. 104/1992, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009, convertito nella legge n. 102/2009, attestante lo stato di 'disabilità grave' ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992
- 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