

Oggetto: Domanda per la fruizione delle agevolazioni previste dalla L. 104/1992 art.33, c. 3.

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato/a il _____

a _____ (Prov. _____) residente a

_____ (Prov. _____)

in Via/Piazza _____ n° _____

in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33, c. 3 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona con handicap in situazione di gravità di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona con handicap in situazione di gravità di età superiore a tre anni;
- coniuge, parente o affine **entro il secondo grado** di una persona con handicap in situazione di gravità.

A tal fine, **consapevole che**

- a. **le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia;**
- b. **nell'ipotesi di giustificazione dell'assenza mediante certificazione medica falsa, l'art. 55 quater, c. 1, lettera a del Dlgs 165/2001 prevede la comminazione del licenziamento e l'art. 55 quinquies, c. 1 e 2 prevede, nella stessa ipotesi, la reclusione e la multa oltre all'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subiti dall'amministrazione**

presenta, sotto la sua personale responsabilità, la seguente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIERA'
ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

DICHIARA

- che l'ASUR di _____, nella seduta del ____/____/____
ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art 33 c. 3 della l. 104/1992) di:
(Cognome e Nome) _____,
data di nascita ____/____/____,
grado di parentela _____,
data di adozione/affido _____,
residente a _____, in Via/Piazza _____

- che presta assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni
- che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

e che tale persona è:

- non coniugato/a;
 - vedovo/a;
 - coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
 - separato legalmente o divorziato/a;
 - è coniugato, ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti;
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologie invalidanti.
- che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- che l'altro genitore:
 Sig./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;
- che il Sig. _____ non è in grado di firmare, ma ha dichiarato di voler essere assistito dal/la sottoscritto/a.
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del 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;
- di essere 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 dei disabili.

SI IMPEGNA

1. 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), in quanto, ai sensi dell'art. 76, c. 2, DPR 445/2000 "L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso".

2. Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, a comunicare al Dirigente le assenze dal servizio **con congruo anticipo**, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

Si allega:

- verbale / copia autenticata della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, c. 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, c. 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella L. 102/2009, attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, c. 3, della L. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- 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 dai termini di 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 separazione.
- _____
- _____
- _____

Ancona,

Firma del dipendente