

DICHIARAZIONE FRUIZIONE BENEFICIO ART 33 COMMA 3 LEGGE 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. di ROVERBELLA
Via Trento Trieste , 2
46048 Roverbella (MN)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente _____ in qualità di _____

in servizio presso questa Istituzione Scolastica con contratto a tempo:

☐ Indeterminato ☐ Determinato dal _____ al _____

☐ Full-time ☐ Part-time ore settimanali _____ su _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge 104 n. 92 e dell'art. 6 del D.Lvo n.119 del 18-07-2011, che:

Dati della persona assistita :

Cognome e Nome: _____

Grado di parentela: _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

- ☐ tale situazione di gravità è tutt'ora esistente non essendovi state variazioni alla dichiarazione della Commissione ASL (che si allega in copia);
- ☐ **di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso persona in situazione di disabilità grave;**
- ☐ **di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al/ai seguente/i avente/i diritto :**

Cognome e Nome: _____

Grado di parentela: _____

Nato/a a _____ il _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ mail _____

Cognome e Nome: _____

Grado di parentela: _____

Nato/a a _____ il _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ mail _____

1. l'unica persona ad avvalersi del beneficio dell'art. 33 legge 104 modificato dalla legge 53 dell'8 marzo 2000 art. 1 e 20 è il/la dichiarante in quanto il coniuge o il genitore della persona con handicap:
 - ☐ ha compiuto i 65 anni di età
 - ☐ è affetto da patologie invalidanti
 - ☐ è deceduto
 - ☐ è mancante
 - ☐ si dichiara inoltre che nessun altro familiare intende usufruire dei benefici previsti dell'art. 33 comma 3
2. il portatore di handicap grave:
 - ☐ è convivente
 - ☐ non è convivente e la distanza stradale tra la residenza del/la sottoscritto/a in situazione di handicap grave:
 - ☐ è inferiore ai 150 km.
 - ☐ è superiore ai 150 km (*in tal caso si impegna ad allegare alla presente richiesta titolo di viaggio o altra documentazione idonea che attesti il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito*)

A tal fine, consapevole che 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, dichiara che:

1. l'accertamento dell'handicap è ☐ **IRRIVEDIBILE** ☐ **RIVEDIBILE**
2. ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
3. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);

4. è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
5. 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
6. che il disabile è in situazione di disabilità grave (art. 3 comma 3 Legge 104/92) accertata dalla Commissione Medica di cui si allega verbale;
7. di essere nella seguente relazione con la persona disabile in situazione di gravità _____
8. che il caregiver abituale risulta essere il /la Sig/ ra _____
9. che il caregiver abituale risulta essere nella seguente relazione con la persona disabile in situazione di gravità

10. che il caregiver abituale non può prendersi cura in modo esclusivo della persona da assistere per i seguenti motivi _____

11. che la tipologia di assistenza che deve essere prestata consiste nel _____

12. il periodo o i periodi di durata dell'assistenza si riferiscono all'intero anno scolastico, nella misura di _____ giorno/i al mese

In attesa di **accoglimento** della richiesta di cui sopra allega:

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso;
- copia carta d'identità della persona in situazione di gravità;
- dichiarazione del caregiver abituale di non poter prestare assistenza esclusiva specificandone i motivi (indicare struttura lavorativa);
- copia carta d'identità del caregiver abituale;
- dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non fruiscono dei permessi o non sono idonei a prestare assistenza.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che la presente richiesta si ritiene completa solo se munita dei documenti di cui sopra e compilata in ogni sua parte

Roverbella, lì _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

DICHIARAZIONE DEI PARENTI DEL SOGGETTO DISABILE

documentata impossibilità del coniuge/parente di provvedere all'assistenza per motivi oggettivi ai sensi dell'art. 7 CCNI

Il/la sottoscritto/a nato/a

() il residente a ()

Via

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

di essere nella seguente relazione con la persona in situazione di gravità

di non poter assistere la persona in situazione di gravità per i seguenti motivi

luogo e data

Firma _____

Allega alla presente dichiarazione:

- ✓ copia del documento di riconoscimento
- ✓ Copia del codice fiscale

DICHIARAZIONE DEL CAREGIVER ABITUALE

Il/la sottoscritto/a nato/a
() il residente a ()
Via
in servizio presso
con qualifica
mail della struttura lavorativa

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104 per assistere il/la Sig/ra:

nato/a a Prov. () il

codice fiscale

residente a in via n.

grado di parentela

di aver chiesto la riduzione dei permessi a giorni mensili in quanto non può assistere in modo esclusivo la persona in situazione di gravità per i seguenti motivi:

luogo e data

Firma _____

Allega alla presente dichiarazione:

- ✓ copia del documento di riconoscimento
- ✓ Copia del codice fiscale