Dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 per l’ ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’I.C. Rende Commenda**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   il  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso Codesto Istituto

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato /determinato,

presso il plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

Di fruire dei permessi previsti dall’art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comune di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_(se

non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

distanza chilometrica tra le due abitazioni Km.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Se superiore a 150 Km. dimostrare alla propria Direzione l’assistenza con titolo di viaggio o simili).

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:

* Il disabile è in vita;
* 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 Funz Pubblica n. 13/2010);
* nessun altro familiare lavoratore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
* non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l’handicappato;
* non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l’handicappato perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità
* di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l’attività di assistenza al disabile
* (requisito non richiesto per Legge solo per l’assistenza prestata dai genitori ai figli);
* 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;
* 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;
* 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, ricovero a tempo pieno).

**Dichiarazioni dell’altro genitore (per assistenza ai figli minori):**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  non dipendente oppure dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beneficia\non beneficia dei

permessi giornalieri per lo stesso figlio/a con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel

limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

(Solo per dare assistenza a familiari di 3) Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

* non è coniugato/a;
* è vedovo/a;
* è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
* è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
* è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato
* è coniugato ma in situazione di abbandono;
* ha uno o entrambi i genitori deceduti;
* ha uno o entrambe i genitori con più di 65 anni di età;
* ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

Si allega (se non già in possesso dell’amministrazione e in corso di validità):

* copia certificato ASL competente, attestante lo stato di “disabilità grave” in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica),
* autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente Unico;
* ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda

Firma del richiedente

Per presa visione:

Il Dirigente Scolastico