Modulo di richiesta benefici Legge 104/92
per assistenza a familiare in situazione di disabilità grave

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Don Milani"
MARTIRANO

Il/La sottoscritt_____

Nat___ a_____ _____prov.( ) il_____

residente a _____

prov. (___) Via_____

C.F._____

in qualità di _____

Titolare presso codesta Istituzione Scolastica

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della Legge 104/1992 per assistere in modo

esclusivo, sistematico e continuativo il/la sig._____

☐Coniuge

☐**Parente o affine entro il secondo grado** (da specificare) .....

☐**Parenti o affini entro il terzo grado** (da specificare) .....

nato a_____prov._____il_____

e residente a_____prov. (____)

Via _____

Il/ la sottoscritt___, 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:

□ nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave;
□ altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave sig._____C.F. _____
☐Non dipendente/☐dipendente presso_____
beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona con disabilità grave alternativamente al/alla

sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi.

□ che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

□ 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 laperdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso)

□ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

_____ _____

Firma

_____

Allegati:

- □ **Copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3–comma 3-della Legge104/1992;**
- □ **Fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;**
- □ **dichiarazioni dei parenti corredate da documenti di riconoscimento**

DICHIARAZIONE DEI PARENTI DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt_____nata

_____prov.( )il_____,residente a

_____prov.( )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 parente di _____ grado del richiedente in quanto_____;
- □ Di non potere assistere il proprio □ coniuge □ parente per i seguenti motivi oggettivi:

_____

_____

_____

_____

□ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

FIRMA

_____