

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C.S. "Carinola-Falciano del Massico"

La sottoscritta.....nata a.....(.....)il.....  
e residente a.....(.....), in via.....n.....,  
in qualità di docente a tempo indeterminato/determinato, in servizio presso codesto Istituto,

CHIEDE

di poter beneficiare dei permessi previsti dall'art. 33, co. 3 della legge 104/92, per l'assistenza  
al/alla propri.....disabile sig./sig.ra.....,  
(indicare tipo parentela o affinità)  
nato/a a.....(.....) il.....e residente a.....(.....) in via

.....n.....

A tal fine la sottoscritta allega alla presente la seguente documentazione:

- 1) Dichiarazione personale per assistenza a portatore di handicap;
- 2) Verbale della Commissione Medica INPS per l'accertamento dell'handicap della persona assistita;
- 3) Dichiarazioni della persona assistita di ricevere assistenza e di continuare a voler ricevere assistenza, in maniera sistematica ed adeguata, esclusivamente dal/dalla sottoscritt.
- 4) Fotocopia documento identità del disabile;
- 3) (altro).....

Carinola,.....

FIRMA

-----

# DICHIARAZIONE PERSONALE

per assistenza a persona portatore di handicap - legge 104/92

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_ .....

nat \_\_ a ..... il .....

residente a ..... in ..... n. ....  
avendo chiesto di beneficiare dei permessi - Legge 104/92 e sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000,

## DICHIARA

1. di essere ..... (indicare il grado di parentela) del/lla sig. \_\_ .....

nat. il ..... residente a ..... in ..... n. ....  
che è portatore di handicap grave (art. 3 comma 3 legge 104/92) come da certificazione medica della ASL che si allega alla  
~~presente in copia conforme all'originale;~~

~~2. che il soggetto portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno in strutture sanitarie specializzate pubbliche o private;~~

3. che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di \_\_ ° grado:

- non è coniugato;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
- è separato legalmente o divorziato;
- 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 patologia invalidante;

4. che, nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni, è l'unico a prestare assistenza secondo criteri di sistematicità ed adeguatezza;

5. 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;

6. di essere consapevole che la possibilità di fruire le agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la Collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

7. di essere a conoscenza che vada comunicata tempestivamente all'Amministrazione ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni di fruizione dei permessi.

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_ dichiara inoltre che\* :

nel nucleo familiare non vi sono altri componenti;

che gli altri ( n. .... ) componenti non sono in grado di effettuare l'assistenza al familiare handicappato in situazione di gravità come da dichiarazioni che si allegano.

(Alle dichiarazioni vanno allegate copia dei documenti di identità: carta d'identità, patente ecc. - Non possono essere presentate semplici dichiarazioni di carattere formale, magari attestanti impegni generici, ma occorrerà produrre dati ed elementi di carattere oggettivo, concernenti eventualmente anche stati psico-fisici connotati da una certa gravità, idonei a giustificare l'indisponibilità sulla base di criteri di ragionevolezza e tali da concretizzare un'effettiva esimente da vincoli di assistenza familiare - Sentenza del Consiglio di Stato )

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_ o dichiara ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, di essere stat \_\_ informat \_\_ che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### Legati :

! dichiarazione e documento di identità del familiare portatore di handicap grave

certificazione medica della ASL (copia originale o conforme all'originale)

n. \_\_ dichiarazioni e documenti d'identità dei familiari

logio e data

In fede

(firma per esteso e leggibile)

arrare la voce che interessa