

Richiesta benefici L. 104/1992 art. 33 commi 1,2,3

con contestuale

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Resa ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazione da presentare per il tramite dell'ufficio di appartenenza

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____
_____ il _____ in servizio presso _____

_____ con la qualifica di _____

CHIEDE

di fruire dei benefici dell'art.33 della L.104/92 comma _____

_____ per _____

_____ , soggetto portatore di handicap in situazione di gravità, a tal uopo

DICHIARA

- che nessun familiare beneficia dei permessi e delle agevolazioni di cui all'art. 33 della L. 104/1992 per lo stesso soggetto portatore di handicap.
- che sia l'unico soggetto in grado di prestare al disabile assistenza continuativa ed esclusiva
- che, in caso di non convivenza, sia l'unico soggetto in grado di assicurare il proprio supporto al portatore di handicap.
- che il genitore è vedovo/a.
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il/la sottoscritt_ , nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori; in tale caso è necessario allegare la dichiarazione dell'altro coniuge che, sotto la propria responsabilità, dichiara i giorni in cui ha fruito del permesso mensile e la sede del posto di lavoro, (questo aspetto normativo trova applicazione solo in presenza di figli minorenni).
- di non fruire dei permessi della L.104/92 in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili dei congedi straordinari per assistenza ai figli con handicap in situazione di gravità previsti dal comma 5° dell'art. 42 del D.lgs 151/2001.
- di svolgere con continuità ed esclusività l'assistenza per le necessità quotidiane del soggetto portatore di handicap in situazione di gravità e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.
- che il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.
- che l'altro genitore non abbia fruito del beneficio dell'anticipato collocamento in quiescenza, previsto dall'art. 39 L.r. 10/2001, proprio al fine di assistere il figlio disabile grave.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Si impegna a comunicare, sempre per il tramite dell'Ufficio di appartenenza, tempestivamente, le eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni dichiarate con la presente, allegando la relativa documentazione o, nei casi consentiti dalla normativa vigente, con dichiarazione sostitutiva.

IL Dirigente dell'Ufficio di appartenenza vigilerà affinché quanto sopra esposto venga puntualmente osservato.

Si allegano:

- copia del documento di riconoscimento.
- copia conforme del verbale della Commissione Medica di cui all'art. 4 della L.104/92. (conformizzazione a cura del Dirigente dell'Ufficio di appartenenza).

Data _____

VISTO:

Il Dirigente Scolastico

Prof./ssa _____

DICHIARAZIONE RIGUARDANTE I COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELLA PERSONA DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat/a _____
prov. () il _____ abitante
in _____, avendo richiesto i benefici per la
fruizione del diritto ai permessi di cui all'art.33 della legge 104/92, consapevole delle sanzioni
penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art 76 D P R 445
del 28/12/2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che gli altri familiari legittimati a far valere il diritto di cui trattasi e
che non ne usufruiscono sono i seguenti:

Parenti o affini di 1° - 2°

Il/La SIG. _____ nat/a _____
prov. () il _____ abitante
in _____, relazione di parentela con il
disabile _____, ~~lavoratore in pensione/disoccupato/dipendente~~ presso
(barrare lo stato non interessato) _____

Il/La SIG. _____ nat/a _____
prov. () il _____ abitante
in _____, relazione di parentela con il
disabile _____, ~~lavoratore in pensione/disoccupato/dipendente~~ presso
(barrare lo stato non interessato) _____

Il/La SIG. _____ nat/a _____
prov. () il _____ abitante
in _____, relazione di parentela con il
disabile _____, ~~lavoratore in pensione/disoccupato/dipendente~~ presso
(barrare lo stato non interessato) _____

L'elenco sopra riportato è relativo ai parenti o affini di 1° - 2° - grado del disabile,

_____ abitante nel Comune di
_____ prov. di () Via _____

_____ li, _____

Firma _____

**DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ANAGRAFICA CON IL
DIVERSAMENTE ABILE**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritt_____ nat_ a _____
_____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ avendo chiesto di beneficiare dell'art.
33 della legge 104/1992

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n. 15/1968, e DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente
con _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____ unitamente al
quale abita nel Comune di _____ (____) via
_____ e che la descritta situazione risulta agli atti
dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt_ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del
DPR n° 223/89.

_____ li _____

Firma

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL
DIVERSAMENTE ABILE**

Il/La sottoscritt _____ nat __a

_____ prov. (____) il _____

Convivente/non convivente con il/la Sig. _____

(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, familiare

disabile, con il quale abita nel Comune di _____

(____) via _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firme _____

N.B. Il presente modello deve essere compilato da tutti i componenti della famiglia anagrafica del disabile

Dichiarazione diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D. Lgs 105/2022, per assistenza a soggetto portatore di handicap grave (Legge104).

_____ sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di Docente, con contratto di lavoro a t. indeterminato t. determinato,

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della Legge 8/3/2000, n. 53 nonché del D.Lgs. 105/ 2022,

DICHIARA

- Di essere il referente unico;
- Di usufruire del permesso, alternativamente, a _____ avente/i diritto, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari.

----- li, -----

Firma -----