



ISTITUTO COMPRENSIVO CETRARO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo Musicale
 Via Donato Faini - 87022 - CETRARO (CS) – ☎ (0982) 91081- 91294
 C. F. 86001890788 - C. M. CSIC872004 - codice univoco ufficio UFV13L
 e-mail: csic872004@istruzione.it- PEC: csic872004@pec.istruzione.it
 Sito web: www.iccetraro.edu.it
 codice IPA: istsc_csic872004



RICHIESTA BENEFICI LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N.104

| | |
|---|--|
| Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Cetraro" Via Donato Faini – 87022 - Cetraro | |
| Il/La sottoscritto/a | |
| luogo e data di nascita | |
| residenza | |
| domicilio | |
| qualifica | |
| in servizio presso | |
| CHIEDE | |
| <input type="checkbox"/> di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 6 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 in quanto persona in situazione di handicap grave; | |
| <input type="checkbox"/> la concessione delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 33 per l'assistenza a persona con handicap in situazione di gravità. A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46 e 47, produce le seguenti dichiarazioni sostitutive relative alla sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni, consapevole che l'art. 76 del citato DPR prevede che <i>"chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"</i> . | |
| Ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità e consapevolezza | |
| DICHIARA | <input type="checkbox"/> di prestare assistenza alla persona in situazione di handicap grave risultante dal verbale della Commissione Medica, allegato alla presente istanza di seguito indicata: Cognome Nome Luogo e data di nascita Residenza Domicilio <input type="checkbox"/> di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che non vi sono altri lavoratori dipendenti che fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona in situazione di disabilità grave <input type="checkbox"/> di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che vi sono altri lavoratori dipendenti che, alternativamente con il/la sottoscritto/a, fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona in situazione di disabilità grave <input type="checkbox"/> l'altro genitore Sig./ra..... C.F....., |

| | |
|-----------------|--|
| | <p>non dipendente/ dipendente presso, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;</p> |
| DICHIARA | <p><input type="checkbox"/> il soggetto in situazione di disabilità grave</p> <p>Cognome</p> <p>Nome</p> <p>Luogo e data di nascita</p> <p>Residenza</p> <p>Domicilio</p> <p>non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della Circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;</p> <p>Il/la sottoscritto/a, pertanto, si impegna a produrre idonea documentazione medica in caso di situazioni eccezionali, relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale; • ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare; • interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie. <p><input type="checkbox"/> che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2° grado..... ;</p> <p><input type="checkbox"/> che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado (barrare la voce che interessa) e costui:</p> <p><input type="checkbox"/> non è coniugato/a;</p> <p><input type="checkbox"/> è vedovo/a;</p> <p><input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;</p> <p><input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;</p> <p><input type="checkbox"/> è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;</p> <p><input type="checkbox"/> è separato/a legalmente o divorziato/a;</p> <p><input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma in situazione di abbandono;</p> <p><input type="checkbox"/> ha uno o entrambi i genitori deceduti,</p> <p><input type="checkbox"/> ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;</p> <p><input type="checkbox"/> ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;</p> |
| DICHIARA | <p>di essere a conoscenza che</p> <ul style="list-style-type: none"> - se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso; - ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30 gg; - la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili; - le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; <p><input type="checkbox"/> di impegnarsi a comunicare, salvo dimostrate situazioni di urgenza, le assenze con congruo anticipo - se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese - al fine di consentire la migliore organizzazione del servizio.</p> |

Allega alla presente la seguente documentazione:

COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art. 4, comma 1, della L. 5 febbraio 1992, n. 104, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. 1° luglio 2009, n. 79, convertita nella legge 3 agosto 2009, n. 102, attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;

dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina), nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dalla legge;

nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;

nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;

Copia di un documento di riconoscimento

Luogo e data

Firma



ISTITUTO COMPRENSIVO CETRARO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo Musicale
Via Donato Faini - 87022 - CETRARO (CS) – ☎ (0982) 91081- 91294
C. F. 86001890788 - C. M. CSIC872004 - codice univoco ufficio UFV13L
e-mail: csic872004@istruzione.it- PEC: csic872004@pec.istruzione.it
Sito web: www.iccetraro.edu.it
codice IPA: istsc_csic872004



Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo "Cetraro"
Via Donato Faini – 87022 – Cetraro (CS)

Oggetto: dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....prov.il.....,
C.F. residente a.....
in Via..... n.,
ai sensi degli art.75 e 76del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. e consapevole delle relative sanzioni per
dichiarazioni false e mendaci,

dichiara

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap dell'ASP/INPS di.....del ____/____/____;
- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente/affine di grado del richiedente in qualità.....;
- di voler essere assistito dal/la Sig./ra..... nato/a.....prov.....il..... CF..... e residente a....., in Via
- ed eventualmente anche da altro soggetto tra quelli previsti.

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da il.....

Firma

.....