



*Ministero dell’Istruzione*

ISTITUTO COMPRENSIVO VIA NOVARIA - VILLANTERIO

Via Novaria, 3 - 27019 - VILLANTERIO (PV) - CF: 90007680185

Tel. 0382/974008

E-mail Segreteria: pvic813007@istruzione.it - PEC: pvic813007@pec.istruzione.it

E-mail Dirigente Scolastico: dirigentescolastico@icvillanterio.edu.it

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Villanterio

Via Novaria, 3

Villanterio (PV)

Il/La sottoscritto/a ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

* genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
* genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
* parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
* disabile lavoratore richiedente i permessi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE e dell’ATTO di NOTORIETA’**

(Artt. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n. 445).

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

1. che l’ A.S.L/I.N.P.S. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ha riconosciuto la gravità dell’ Handicap (ai sensi dell’ art. 3 comma 3 della Legge 104/92), di :

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_
grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data adozione/affido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Come risulta dalla certificazione che si allega.

1. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Luogo e data di nascita** | **Rapporto di parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Si dichiara che:
* la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti
specializzati;
* che nessun familiare benefici dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

oppure

* l’altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di disponibilità dell’altro genitore;
* di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
* 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;
* di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo stato e la collettività sopportano esclusivamente per l’effettiva tutela del disabile;
* di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71,75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

Il/La Dichiarante

Villanterio, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista l’istanza presentata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acquisita a protocollo n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**VISTA la documentazione allegata**;

* verbale A.S.L./I.N.P.S.;
* dichiarazione del disabile (scelta del beneficiario);
* a) quando i genitori o il coniuge della persona con handicap siano deceduti o mancano;
* b) quando i genitori o il coniuge della persona con handicap abbiano compiuto 65 anni, oppure siano affetti da patologie invalidanti;
* altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi del diniego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott. Carlo Raffaele PEDRAZZINI)

 Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice
 dell’Amministrazione Digitale e normativa connessa

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

**(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov\_\_\_\_\_ via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

* di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl/INPS di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
* di essere/non essere\* ricoverato a tempo pieno;
* di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
* di non prestare attività lavorativa;
* di essere parente di \_\_\_\_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento:

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* cancellare la voce che non interessa

**Dichiarazione personale dei fratelli/sorelle/parenti che non sono in grado di assistere il genitore/fratello/sorella disabile.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ figlio/a fratello/sorella di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3,

* di non essere in grado di effettuare l’assistenza al padre/alla madre/ al fratello/sorella disabile, in situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa, globale e permanente, per ragioni esclusivamente oggettive tali da non consentire l’effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell’art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

 Si allega copia del documento di riconoscimento:

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*N.B. La suddetta autocertificazione non è necessaria laddove il /la figlio/a richiedente la precedenza sia l’unico/a a convivere con il soggetto disabile in situazione di gravità.*