

(*)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il sottoscritto _____ nato a _____ ()
il _____, residente a _____ Via _____
e domiciliato a _____ in 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 in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di
_____ il _____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di I grado del richiedente in quanto _____ (es.
padre/madre/figlio) ;
- di voler essere assistito dal Sig./Sigra _____
nata a _____ () il _____
C.F. _____
- e residente a _____ in Via _____
_____, in quanto gli altri
_____ n. a _____ () il
_____, _____ n. a
_____ il / _____ e
_____ n. a _____ il
_____ non possono prestare assistenza come da allegate
dichiarazioni.

Messina

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'XI Istituto Comprensivo
"GRAVITELLI"

Oggetto: Dichiarazione di rinuncia ai benefici della L. 104/92 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____)
e residente a _____ (____) in Via _____,
padre / madre / figlio / figlia / fratello / sorella di _____
nato/a a _____ (____)
e residente a _____ (____) in Via _____,
soggetto/a in condizione di Handicap grave (art. 3 comma 3 Legge 104/92),

dichiara

che si trova nella condizione di impossibilità di prestare assistenza in via continuativa ed esclusiva
al/alla proprio/a padre / madre / figlio / figlia / fratello / sorella
in quanto _____
e pertanto **rinuncia** ai permessi della L.104/92 art.33 comma 3.

_____ FIRMA _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "Gravitelli"
Piazza Versaci, 198
98122 - Messina

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

La sottoscritta _____

nata a _____ ()

il _____ in qualità di _____

con contratto a tempo determinato/ indeterminato presso codesta scuola

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'**art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992** per assistere
il/la Sig./Sig.ra _____ (es.:

madre/padre/figlio _____) nato/a a _____

il _____ e residente a _____

prov.() in Via _____

domiciliato a _____ in 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:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la Sig./Sig.ra _____;

- l'altro genitore Sig./Sig.ra _____ è nata a _____ il _____;

- 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;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione (*)