

Al Dirigente Scolastico
IIS FIOCCHI
Via Belfiore, 4
23900 LECCO

OGGETTO: Richiesta benefici relativi alla Legge 104/92 per assistenza al

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. ____ in via _____
e domiciliato presso _____ in servizio presso questo Istituto
in qualità di :

docente secondaria

A.T.A.

a tempo indeterminato

determinato

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici relativi alla legge 104/92 per assistenza al _____
(specificare la relazione di parentela o affinità)

DICHIARA

che il/la signor/ra _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. ____ in via _____

è stato dichiarato/a beneficiario della legge 104/92;

l'assistito non è ricoverato a tempo pieno;

nessun altro familiare fruisce dei permessi previsti dalla legge 104 per la stessa persona.

Data _____ Firma del richiedente _____

Il sottoscritto allega i seguenti documenti :

- copia verbale di accertamento;
- dichiarazione di prestare assistenza continuativa in via esclusiva e che nessun altro fruisce
- dei permessi della legge 104.
- atto notorio

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(Art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in via _____ n. ____
domiciliato/a _____ in _____ (____)
in via _____ n. ____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che il/la signor/ra _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in via _____ n. ____

è stato dichiarato/a beneficiario della legge 104/92;

è convivente con (relazione di parentela) _____,

nato/a a _____ (____) il _____

la famiglia originaria dell'assistito era composta da:

i sigg. _____

_____ hanno rinunciato al beneficio;

il/la sottoscritto/a è l'unica persona tra coloro che ne avrebbero titolo a godere delle agevolazioni;

l'assistito non è ricoverato a tempo pieno.

(luogo, data)

(il dichiarante)

ATTO NOTORIO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in via _____ n. ____
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di _____ con contratto di lavoro a
tempo :
 indeterminato
 determinato.

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge 104 n. 92 e dell'art. 6 del D.Lvo n. 119 del 18-07-2011, che:

- 1) assiste in via continuativa ed esclusiva, per effetto della scelta operata dallo stesso portatore di handicap, _____ - grado di parentela _____
_____ nat _____ a _____ il _____
residente a _____ via _____
- 2) tale situazione di gravità è tutt'ora esistente non essendovi state variazioni alla dichiarazione della Commissione ASL (che si allega in copia)
- 3) l'unica persona ad avvalersi del beneficio dell'art. 33 legge 104 modificato dalla legge 53 dell'8 marzo 2000 art. 1 e 20 è il/la dichiarante in quanto il coniuge o il genitore della persona con handicap:
ha compiuto i 65 anni di età
è affetto da patologie invalidanti
è deceduto
è mancante
- 4) il portatore di handicap grave:
è convivente
non è convivente e la distanza stradale tra la residenza del __sottoscritt__ e della persona in situazione di handicap grave:
è inferiore ai 150 km.
è superiore ai 150 km (in tal caso si impegna ad allegare alla presente
 richiesta titolo di viaggio o altra documentazione idonea che attesti il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito).
- 5) si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità).
- 6) 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.
- 7) 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.

_____, li, _____

Firma _____