

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. FREGENE-PASSOSCURO”
FIUMICINO-FREGENE. (RM)

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

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a
_____ prov. (____) il _____,
qualifica_____ tempo determinato/indeterminato presso

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la
sig. _____ (coniuge / figlio / madre / padre /
_____) nato a _____ -prov. _____ -il
_____ e residente a _____ -prov. _____ -
Via _____

Il/L_____ 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. _____
_____;
- 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

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (_____) il _____, residente a
_____ -prov. _____ - 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 essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____ -prov. _____ - il _____
C.F. _____ e residente in _____

DICHIARAZIONE PERSONALE DEL FAMILIARE CHE SI AVVALE DEI DIRITTI
PREVISTI DALLA LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE APPORTATE
DALLA LEGGE 53/2000 ART.19

I sottoscritt _____

nato a _____ il _____;

premesso che il/la sig. _____ risulta portatore di handicap, così come da allegata certificazione medica rilasciata dalla competente Commissione Provinciale di cui all'art.4 della Legge 104/92;

DICHIARA, sotto la propria responsabilità,

ai sensi della legge 4/1/1968, n.15, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace ed ai fini dei diritti previsti dall'art.33, commi 5 e 7 della Legge 104/92,

- che il rapporto di parentela con la sopraindicata persona è quello di _____ (indicare se figlio, anche adottivo, coniuge, parente o affine entro il 3° grado)
- che il/la sig. indicato in premessa non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il/la sig. indicato in premessa viene assistito in via continuativa dal sottoscritto;
- (i coniugi ed i genitori sono esonerati da questa dichiarazione) che non essendovi altri conviventi con l'handicappato, parenti o affini dello stesso grado o di grado più stretto, idonei a prestare l'assistenza continuativa al disabile il sottoscritto è l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza.

A tal fine allega n° _____ dichiarazioni degli altri componenti del nucleo familiare composto come segue:

_____ nat a _____ il _____

grado parentela _____

_____ nat a _____ il _____

grado parentela _____

data _____

Firma _____

AL DIRIGENTE SOLASTICO
I.C. FREGENE PASSOSCURO

Il/la/le sottoscritt _____

(specificare la relazione di parentela) _____

del/la sig. _____ (*familiare disabile*)

dichiara/dichiarano

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n.445 del 28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi: _____

e, pertanto, di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a/e/i in precedenza.

In fede

Data _____

Firma _____