Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO**: Autocertificazione per l’utilizzo dei benefici della legge 104/92.

...l… sottoscritt… ………..………………………………………………, nat… il ……………………

a …………………………..……(Prov. ……..) residente in …………………………………………..

alla via ……………………………… n……….in servizio presso questo Istituto con la qualifica di

……………………………………………………….. di ruolo/non di ruolo, nel chiedere di usufruire dei benefici previsti dalla legge 104/92 per assistenza a familiare disabile (3 giorni mensili/18 ore mensili, ecc.), consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l’assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità ad un solo lavoratore dipendente (ad eccezione solo di figlio con handiap grave che può essere assistito alternativamente da entrambi i genitori), e inoltre è a conoscenza delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione e di uso di atti falsi,

# DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28.12.2000

* di essere …l… sol… ad utilizzare i benefici previsti dall’art. 33 della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap in situazione di gravità (come certificato dalla Commissione Medica di

……..…………….…….. il ………………) ……………………………………... nat\_ il …………….. a…………………………………(specificare la relazione di parentela o affinità)…………………….e residente in …………………………………. alla via…………………….………..n…….,( unitamente

al quale convive/non convive) e che lo stesso è assistito solo dal…. sottoscritt…;

* che il soggetto in situazione di gravità con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità entro il 3° grado:
  + Non è coniugato;
  + È vedovo/a;
  + È coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  + È coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
  + È stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
  + È legalmente separato o divorziato;
  + È coniugato ma in situazione di abbandono;
  + Ha uno o entrambi i genitori deceduti;
  + Ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
  + Ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
  + Ha n. ……… figli tuttora viventi;
  + Ha n. ………. fratelli/sorelle tuttora viventi

* l’altro genitore ……………………………………. nato il …………. a ……………………………… non è dipendente/dipendente presso ……………………………

non beneficia/beneficia dei permessi giornalieri o rari per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente all.. sottoscritt.. e nel limite massimo mensile di tre giorni o 18 ore complessivi tra i due genitori, secondo lo schema allegato;

* che non vi sono altri parenti o affini entro il terzo grado idonei a prestare assistenza al disabile e pertanto di essere referente unico per assistere la persona disabile (si allegano n…….. apposite dichiarazioni di **tutti** gli altri parenti o affini con documento di riconoscimento);

* che il predetto portatore di handicap è tutt’ora in vita e non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata che ne assicura l’assistenza sanitaria;

* che il disabile ha espresso la manifestazione di volontà (che si allega con documento di riconoscimento) di volersi far assistere da…… sottoscritt…..;

* 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 agevolazione comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l’effettiva tutela del disabile;

* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni, consapevole che le Amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli articoli 71,75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Aquino, ………………………….

## \_L\_ DICHIARANTE

………………………….……………………..

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Data ricezione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO: Il Dirigente Scolastico