|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  C:\Users\mio\Desktop\bbbbbbbb.jpg Ministero dell’Istruzione e del Merito *Ambito Territoriale CAL0000004* **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “GENTILI” – “BRUNO”** *Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado ad indirizzo musicale* *Rione Colonne, snc – 87027 PAOLA (CS) Tel/fax 0982585215* *sede distaccata Via B. Telesio, n. 2 – 87027 PAOLA (CS) Tel/fax 0982582293* *C.F: 86001070787 - C.M.: CSIC871008* *Codice univoco ufficio per fatturazione: UFQ5NC* *e\_mail:– csic871008@istruzione.it Pec – csic871008@pec.istruzione.it* *Sito web: www.icgentilibruno.edu.it* |  |
|  |  |  |

**RICHIESTA BENEFICI LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N.104**

|  |
| --- |
| Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo ”Gentili-F. Bruno ”Via B. Telesio, 2 – 87027 - Paola |
| Il/La sottoscritto/a |
| luogo e data di nascita |
| residenza |
| domicilio |
| qualifica |
| in servizio presso |
| **CHIEDE**[ ]  di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 6 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 in quanto persona  in situazione di handicap grave;[ ]  la concessione delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 33 per l’assistenza a persona con handicap in situazione di gravità. A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46 e 47, produce le seguenti dichiarazioni sostitutive relative alla sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni, consa­pevole che l’art. 76 del citato DPR prevede che “*chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (…) nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*”. |
| **Ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità e consapevolezza** |
| **DICHIARA**  | [ ] di prestare assistenza alla persona in situazione di handicap grave risultante dal verbale della Commissione Medica, allegato alla presente istanza di seguito indicata: Cognome ………………………………….……………………Nome …………………….……….…………………………….Luogo e data di nascita …………………………………………Residenza ……………………………………………………….Domicilio ………………………………………………………..[ ] di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che non vi sono altri lavoratori dipendenti che fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona in situazione di disabilità grave[ ] di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che vi sono altri lavoratori dipendenti che, alternatamente con il/la sottoscritto/a, fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona in situazione di disabilità grave[ ] l’altro genitore Sig./ra...............................................................................C.F........................................................................................................., non dipendente/ dipendente presso ..................................................................., beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile ditre giorni complessivi tra i due genitori; |
| **DICHIARA** | [ ] il soggetto in situazione di disabilità grave Cognome ………………………………….……………………Nome …………………….……….…………………………….Luogo e data di nascita …………………………………………Residenza ……………………………………………………….Domicilio ………………………………………………………..non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della Circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;Il/la sottoscritto/a, pertanto, si impegna a produrre idonea documentazione medica in caso di situazioni eccezionali, relativamente a:* ricovero a tempo pieno di disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
* ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti do­cumentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;
* interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie.

[ ] che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2°grado................................................................ ;[ ] che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado (barrare la voce che interessa) e costui:[ ] non è coniugato/a;[ ] è vedovo/a;[ ] è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;[ ] è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;[ ] è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;[ ] è separato/a legalmente o divorziato/a;[ ] è coniugato/a, 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; |
| **DICHIARA**  | di essere *a conoscenza che*- se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;- 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, ricovero a tempo pieno) va tempestivamente comunicata all’Ente di appartenenza entro max. 30 gg;- la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l’effettiva tutela dei disabili;- le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che pertanto, il riconoscimento delle agevola­zioni stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;[ ] di impegnarsi a comunicare, salvo dimostrate situazioni di urgenza, le assenze con congruo anticipo - se possibile con riferimento all’intero arco temporale del mese - al fine di consentire la migliore organizzazione del servizio. |
| **Allega alla presente la seguente documentazione:**[ ] COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL’APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all’art. 4, comma 1, della L. 5 febbraio 1992, n. 104, integrata ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D.L. 1° luglio 2009, n. 79, convertito nella legge 3 agosto 2009, n. 102, attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell’art. 3, comma3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;[ ] dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale,curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina), nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l’assistenza prevista dalla legge;[ ] nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;[ ] nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;[ ] Copia di un documento di riconoscimento |

Luogo e data ……………….................…..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Firma ……………….........………………………………….. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |