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