

__I_ sottoscritt_____ nat__ il _____
a _____ (Prov. ____) residente a _____ (Prov. ____),
Via/P.zza _____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in
qualità di _____, con rapporto di lavoro a Tempo _ Indeterminato _ Determinato

C H I E D E

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt.46 e 47(R)T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa–
D.P.R.28.12.2000,n. 445

Che l'ASL di _____, nella seduta del ____ / ____ / _____, ha riconosciuto
la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

(data adozione/affido) _____ Data e luogo di nascita _____

Residente a _____, (Prov. ____), Via/P.zza _____, n. _____

come risulta dalla certificazione che si allega.

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;

oppure

- di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente con il/la sig. _____
nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due assistenti (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro)
(D.lgs n. 105 del 13/08/2022);

oppure

- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel
limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;

oppure

- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità ed esclusività l'assistenza allo stesso;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Cerignola, _____

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 dal/dai sig/ sig./ra _____

nato/ a _____ prov _____ il _____

C.F. _____ e residente in _____

nato/ a _____ prov _____ il _____

C.F. _____ e residente in _____

Data, _____

Si allega copia documento di riconoscimento