

Al Dirigente Scolastico
I.C. "G. Don Puglisi-G. Pavoncelli"
Cerignola (FG)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

CHIEDE

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

- genitore della persona disabile;
- parente, affine, coniuge _____ (indicare il grado di parentela);
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(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)

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

DICHIARA

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 ¹ _____

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

Residente a _____, in Via/Piazza _____

come risulta dalla certificazione che

- si allega;
- è agli atti e il/la sottoscritto/a dichiara che da parte della ASL non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;

di fruire dei permessi per l'assistenza alla persona sopra indicata (ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2022, n. 105) in alternativa con _____ (indicare il nome e il grado di parentela) dipendente presso _____;

la persona portatrice di handicap ha effettuato liberamente la scelta, all'interno della famiglia, per l'assistenza prevista nei termini di legge,

la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane;

Il sottoscritto dichiara altresì:

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;

è 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;

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 solo per l'effettiva tutela del disabile.

Il/la Dichiarante

Data _____

=====

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, riconosciuto disabile in situazione di gravità, dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000, di accettare liberamente l'assistenza dei familiari suindicati
