# Al Dirigente Scolastico

# I.C. Rapisardi-Garibaldi

# Sede

**Oggetto:** Richiesta fruizione benefici legge n. 104/92

Il/la sottoscritt nat a (prov. ) il residente a ( ) via n. in qualità di personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare se docente o A.T.A), con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Indeterminato/ Determinato)

**CHIEDE**

1. Di fruizione dei benefici della legge n. 104/92 art. 3comma 3 per se stesso
2. Di fruizione dei benefici della legge n. 104/92 art. 3comma 3 per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_ il \_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci,**

**DICHIARA**

**sotto la sua personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000**

* Che il familiare è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell’A.S.L. **che si allega**;
* Che la A.S.L non ha modificato/ rettificato il giudizio sulla gravità dell’handicap del suddetto familiare;
* Che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
* Di essere l’unico lavoratore che assiste il familiare disabile (referente Unico)
* L’esistenza in vita del familiare disabile

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni a quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*.

\* *solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.*

**N.B.:** qualora il richiedente fosse un parente o affine di terzo grado occorre produrre una dichiarazione sostitutiva dalla quale si evinca chiaramente che il coniuge e/o i genitori della persona con handicap grave si trovino in una delle specifiche condizioni stabilite dalla legge (genitori o il coniuge della persona da assistere abbiano compiuto i 65 anni di età, siano affetti da patologie invalidanti, siano deceduti o mancanti) per cui non possono occuparsi del disabile

**Il/la dichiarante**

Palermo, ……………….. ………………………………………

**RISERVATO ALL’UFFICIO**

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

è stato ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

-Vista l’istanza di cui sopra e la documentazione allegata;

1. **AUTORIZZATA** la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 3 comma 3 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. **NON AUTORIZZA** la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92 art. 3 comma 3 per i seguenti motivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palermo, ……………………

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Valentina Carmina