Dichiarazione ai fini usufruizione di permessi per l'assistenza a familiari disabili in situazione di gravità (art.33. comma 3 legge 104/1992)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____

_____

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____ data di nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____

QUALIFICA _____ Sede di servizio _____ tel _____

☐ Tempo pieno ☐ part-time verticale sui giorni

☐ part-time orizzontale

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME _____ NOME _____ data di nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____

Portatore di handicap grave accertato dall'ASL di _____ in data _____

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI ☐ NO ☐

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati SI ☐ NO ☐
(per i figli inferiori ai 3 anni)

DICHIARA

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori
- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno
- che il sig. _____è in stato di handicap in situazione accertato dalla Commissione (art. 4, comma1, della legge n° 104/1992) di _____
- di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità.
- ____ padre; ____madre; _____fratello; _____sorella _____; figlio _____; coniuge____;
- ____ parente entro il secondo grado _____affine entro il secondo grado;
- di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa (1) :
  (in caso di più parenti /affini di terzo grado, è obbligatorio compilare dichiarazione di indisponibilità assistenza);

☐ non è coniugata; ☐ è vedova; ☐ è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età; ☐ è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (2); ☐ è stato coniugata, ma il coniuge è deceduto; ☐è separata legalmente o divorziata (3) ; ☐ é coniugata ma in situazione di abbandono (4) ; ☐ ha uno e entrambi i genitori deceduti; ☐ ha uno o entrambi i genitori con piu di 65 anni di età; ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (2) ;

dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità :

Cognome _____ Nome_____ Codice fiscale _____

Nato il (gg./mm/aa) _____ a_____ prov_____

dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome_____ Codice fiscale _____

Nato il (gg./mm/aa) _____ a_____ prov_____

Cognome _____ Nome_____ Codice fiscale _____

Nato il (gg./mm/aa) _____ a_____ prov_____

(1)Ai fini del diritto alla fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate.
(2) Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate all'art.2 del Decreto interministeriale n.278 del 21/07/2000. In tale caso deve essere allegata,in busta chiusa indirizzata al Centro Medico Legale territorialmente competente, idonea documentazione del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
(3) In tali ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o divorzio.
(4) In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stao giuridico di abbandono.

In caso di adozione/affidamento _____(gg/mm/aa)
rilasciato dal tribunale di _____ provvedimento n°_____

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false e dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.

Data _____ **Firma** _____

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DELL'HANDICAPPATO

Il/La sottoscritt__ _____ nat__a _____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt__ _____ nat__a _____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt__ _____ nat__a _____ prov. (____) il _____

conviventi con il/la Sig._____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____ , familiare disabile, con il quale abitano nel Comune di _____(___) via _____

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li,_____

Firme __ _____
_____
_____
_____