

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ docente o personale ATA in servizio presso questo Istituto con contratto a Tempo indeterminato/determinato, al fine di poter fruire dei benefici della Legge 104/92:

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

il/la sig/ra _____ nato/a _____ il _____

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

ha il seguente grado di parentela con lo/la scrivente _____

che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a

che è convivente con il sottoscritto/a
(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap
- di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap in via esclusiva ed a carattere continuativo, in quanto
 - nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato
 - pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica
 - pur essendo presenti altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità di cui si produce autocertificazione
- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

Firma del richiedente

ALLEGATI

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)

- (Qualora nel nucleo familiare del portatore di handicap vi siano altri soggetti in grado di assistere l'handicappato, ma impossibilitati perché si trovano in una ipotesi di oggettiva impossibilità) documentazione che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei componenti il nucleo familiare

- Autocertificazione di altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente ma che si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità a prestare assistenza.