

Domanda di ammissione ai permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità
(Legge 104/92 – D.lgs 151/2001 - Legge 183/2010 – D.lgs 119/2011 – Circolare D.F.P. 1/2012)

Al DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "VITTORIO ALFIERI"
SEDE

Asti, _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in _____

Dipendente di questa Amministrazione con il profilo professionale di _____

Con contratto a tempo:

- indeterminato
- determinato
- part-time
- full-time

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000, così come modificato dall'art. 15 della legge 16.1.2003;

Consapevole che la **fruizione del diritto può essere riconosciuta** per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità **ad un solo lavoratore dipendente**

C H I E D E

Alla S.V., ai sensi dell'art.33 - L. 104/92, di essere ammesso/a alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di tre giorni mensili, quale **unico/a referente per l'assistenza del proprio familiare:**

Sig/a _____ (indicare la relazione di parentela) _____

Nato/a _____ il _____

Portatore di handicap in situazione di gravità, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 ed accertato ai sensi dell'art. 4 della Legge sopra indicata.

DICHIARA

- **Di essere convivente** con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- Che pur essendo presenti nel nucleo familiare i seguenti parenti/affini entro il terzo grado , l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità:
 - Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____
Motivazione _____

 - Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____
Motivazione _____

 - Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____
Motivazione _____

- Che il **proprio familiare**, per il periodo richiesto, **non è ricoverato** a tempo pieno in una struttura pubblica o privata

Il/La sottoscritto/a è stato/a informato/a che:

- I dati forniti sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto;
- I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

Allo scopo allega:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 3 art. 3 L. 104/92 (in originale o copia autentica)
- Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza
- Stato di famiglia del portatore di handicap

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____

D I C H I A R A

- Di essere 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;
- Di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere all'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- Di essere consapevole che le amministrazioni dello Stato 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 – DPR 28.12.2000, N. 445;
- Di essere consapevole che, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, decade dai benefici eventualmente conseguiti.

Asti, _____
