|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | http://www.governo.it/images/stellone.gif**…………………………………………….……………………………………………..……..** |  |  |
| **UNIONE EUROPEA** | **REPUBBLICA ITALIANA** | **REGIONE LOMBARDIA** | **I.C. “DON CAMAGNI”** |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON CAMAGNI”**  ***Sede legale: Via J. E R. Kennedy, 15 - 20861 Brugherio (MB)***  Tel. 039/879623 - E-mail: [mbic8aj009@istruzione.it](mailto:mbic8aj009@istruzione.it)  PEC: [mbic8aj009@pec.istruzione.it](mailto:mbic8aj009@pec.istruzione.it)  icdoncamagnibrugherio.edu.it  C.M.: MBIC8AJ009 – C.F.: 85018350158 – C.U.: UFPA9W | | | |

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

“IC DON CAMAGNI”

BRUGHERIO

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**C H I E D E**

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

* genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
* genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
* parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
* 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**

a. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data adozione/affido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **cognome e nome** | **Luogo di nascita** | **Parentela** | **Datore di lavoro** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

* Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
  1. non è coniugato;
  2. è vedovo/a;
  3. è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  4. è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
  5. è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
  6. è separato legalmente o divorziato;
  7. è coniugato ma in situazione di abbandono;
  8. a uno o entrambi i genitori deceduti,
  9. ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
  10. ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

* è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
* il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
* si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

* copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
* Copia documento di identità assistito;
* Dichiarazione effettiva convivenza anagrafica con l’assistito da parte del richiedente ;
* Dichiarazione di altro componente della famiglia di non usufruire dello stesso permesso con allegato documento identità **(Mod.2);**
* dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge **(mod 1)**
* nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
* nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
* ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

**§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§**

(Spazio riservato all’ufficio)

Prot. \_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

VISTA l’istanza di cui sopra e la documentazione allegata, **autorizza/non autorizza** la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivodi eventuale diniego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La Dirigente Scolastica  D.ssa. Daniela Vincenza Iacopino |