



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle
Risorse Umane, Finanziarie e Strutturali
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia
Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per
l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE)



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

ISTITUTO COMPRENSIVO CERVARO

Corso della Repubblica 23, 03044 Cervaro (Fr) Cod.Mecc. FRIC843003

☎ Uffici 0776/367013 fax 0776/366759 ✉ FRIC843003@istruzione.it ✉ PEC FRIC843003@pec.istruzione.it
Cod. Fiscale 90032220601 Cod. I.P.A. UFR501

Alla Dirigente Scolastica
Dell' Istituto Comprensivo Cervaro

Oggetto: richiesta benefici ai sensi della Legge 104/92

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso il Istituto Comprensivo di Cervaro in qualità di _____, chiede di poter fruire dei benefici previsti dalla L.104/92;

➤ **in quanto disabile (art. 33 cc. 2, 3 e 6 della Legge 104/1992).**

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap come da documentazione allegata.
- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
 - ☐ tre giorni al mese;
 - ☐ due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76- T.D. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

➤ **per assistere un genitore o parente/affine in situazione di handicap grave (art. 33 c. 3 della Legge 104/1992).**

A tal fine dichiara:

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata di

Cognome e Nome _____ Grado di parentela (entro il 3° grado)

Nato/a a _____ il ____/____/____ e residente
in _____ via _____

- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;
- che l'assistito non svolge attività lavorativa per il periodo richiesto;
- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza come da dichiarazioni allegate;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazioni allegate;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni 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 - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il Dipendente

Si allega:

- verbale della Commissione Medica di Verifica / certificazione provvisoria di handicap;
- certificato di Stato di famiglia;
- n. _____ dichiarazioni Assistenza disabili;

Luogo _____ Data _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA
LA PRESENTE È PERVENUTA IN DATA ____ / ____ / ____ PROT. N. _____ / FP

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

Motivi per eventuale diniego:

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Floriana Raia

ALL. A

Modello Assistenza disabili (art.33 co.3 legge 104/1992) scelta lavoratore che presta assistenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

**RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000 DALLA PERSONA CON DISABILITA' IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ,
OVVERO DAL SUO AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, OVVERO DAL SUO TUTORE LEGALE**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, residente a _____
in via _____, in situazione di handicap grave (art.33 co. 3 Legge 104/1992), come da
certificato rilasciato dalla ASL- Commissione medica competente e prodotto all'Istituto Comprensivo Statale di Cervaro
dal/la sig./ra, _____ ai fini della concessione dei benefici di legge (Legge 104/1992 art.33 co. 3);
ai sensi dell'art 47 del DPR445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per le ipotesi di falsità in
atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

1. di effettuare la scelta sul/la sig./ra _____
parente-affine entro il 3° grado _____
(specificare parentela -affinità)

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

2. che NON ci sono altri parenti-affini entro il 3° grado del/la sig./ra _____
in situazione di handicap grave che lavorano, che prestano assistenza al/la sottoscritto/a e fruiscono dei benefici di cui alla
Legge 104/1992 art 33 co. 3 (permessi-assenze mensili per assistenza)

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Il sottoscritto inoltre dà il consenso al trattamento dei dati personali, di cui alla presente dichiarazione e dei dati sensibili
riguardanti la propria persona, di cui alla certificazione dello stato di handicap grave rilasciata dalla ASL-Commissione
medica competente, da parte della Amministrazione Scolastica Istituto Comprensivo Statale di Cervaro per le finalità
indicate nell'informativa ricevuta con nota prot. n.3348 del 2 settembre 2013.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Allega:

- Copia conforme all'originale della COPIA FOTOSTATICA del documento di identità

ALL. C

Modello Assistenza disabili (art.33 co.3 Legge 104/1992)

Modello per parente o affine di 3° grado di persona con handicap grave, che si avvale dei benefici di cui all'art.33 co.3, L.104/1992; art.19, lett. a), L.531/2000; Parere n.13 12008 Funzione Pubblica.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000

II/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____, residente a _____ in via _____,
in servizio nell'Istituto Comprensivo Statale di Cervaro in qualità di _____

ai fini della concessione dei benefici di legge (L.egge104/1992 art.33 co.3); ai sensi dell'art 47 del DPR445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

1. di essere parente-affine entro il 3° grado del/la sig./ra _____
(specificare parentela-affinità)
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____ in handicap grave (art.33,co.3 L.104/1992);
2. di prestare assistenza esclusiva al/alla sig./ra _____ in handicap grave di cui al p.to 1;
3. che i parenti-affini entro il 3° grado del/la sig./ra _____ in situazione di handicap grave che lavorano sono i seguenti: (indicare nome cognome data e luogo di nascita)

4. di prestare assistenza continuativa al sig./ra _____ ossia di essere in grado di assicurare al disabile citato un'assistenza continuativa, sistematica e costante al di fuori dell'orario di lavoro;
5. che il/la sig./ra disabile di cui al p.to 1 non è ricoverato/a presso strutture sanitarie, assistenziali o altro;
6. che si impegna a comunicare, nello stesso momento in cui si verifica, all'Amministrazione qualsiasi cambiamento rispetto a quanto dichiarato relativamente alla residenza del disabile citato a cui presta assistenza, le condizioni di esclusività e continuità così come espresse, oltre ad eventuali modifiche della certificazione h apportate dalla ASL;
7. che si impegna a produrre, prima dell'inizio di ciascun mese, un Piano di fruizione con l'indicazione dei giorni di permesso per assistenza di cui intende fruire.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Allega:

- Copia conforme all'originale della certificazione dello stato di handicap del disabile
- Dichiarazione dei parenti-affini lavoratori di cui al p.to 3 che NON prestano assistenza e che NON fruiscono dei benefici di cui all'art.33 co.3 della Legge 104/1992 (permessi mensili)

ALL. B

Modello Assistenza disabili (Parenti Lavoratori che NON fruiscono dei benefici L.104/1992 art.33 co.3)

Modello per parente o affine di 3° grado di persona con handicap grave, che NON si avvale dei benefici di cui all'art.33,co.3, L.104/92;art.19, lett.a),L.53/2000; Parere n.13/2008 Funzione Pubblica.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ via _____

lavoratore dipendente ☐ libero professionista ☐
(barrare con una X la voce che interessa)

in qualità di _____ presso _____

situata in via _____ Comune _____ Prov. _____

(indicare la sede legale)

ai fini della concessione dei benefici di legge (Legge 104/1992 art.33 co.3) il/la

sig./ra _____

ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

1. di essere parente-affine entro il grado 3° del/la

sig./ra _____

(specificare parentela -affinità)

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

in handicap grave (art.33,co.3 L.104/1992);

2. di NON prestare assistenza al/alla sig./ra _____ in handicap grave di cui al p.to 1;

3. di NON fruire dei benefici di cui alla Legge 104/1992 art.33 co.3 (permessi assenze per assistenza).

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a inoltre dà il consenso al trattamento dei dati personali di cui alla presente dichiarazione da parte dell'Amministrazione Scolastica Istituto Comprensivo di Cervaro per le finalità indicate nell'informativa ricevuta.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Allega:

- Copia conforme all'originale della COPIA FOTOSTATICA del documento di identità

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DEL DIVERSAMENTE ABILE**

Il/La sottoscritt _____ nato/a a _____ prov. _____
il ____ / ____ / _____ conviventi con il/la Sig./ra _____,
(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 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall' art. 33, 1. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ lì ____ / ____ / _____

Firma
