

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "IV NOVEMBRE"
MARIANO COMENSE

Oggetto: **RICHIESTA BENEFICI PREVISTI DALLA LEGGE 104/92 E DALLA LEGGE 53/2000
PER ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP**

Il sottoscritt _____ nat a _____ (____)
il _____ e residente a _____ (____)
via _____ n. _____ in qualità di _____
in servizio presso la scuola _____

CHIEDE

alla S.V., in applicazione dell'art. 33 della legge 5/12/1992 n. 104, dell'art. 20 della legge n. 53/2000 ed in base all'art. 42 del D.Lvo 26/03/2001 n. 151 e successive modificazioni ed integrazioni, di poter usufruire dei benefici previsti dalle citate norme per assistere il proprio familiare _____

_____ nat a _____ (____)
il _____ e residente a _____ (____) via _____ n. _____
portatore di handicap grave.

Si allega la seguente documentazione:

1. certificazione della Commissione Medico Sanitaria dell'ASL di _____, dalla quale risulta che il /la assistito è in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, 3° comma della L. 104/92;
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulta che la/il disabile non è ricoverato a tempo pieno;
3. dichiarazione di responsabilità e consapevolezza relativi all'assistenza;
4. copia della carta d'identità e del codice fiscale del familiare disabile.

Mariano Comense, _____

_____ *firma*

VISTO: si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 d.p.r. N. 445/2000)

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O GESTORI DI SERVIZI PUBBLICI

L'anno _____ addì _____ del mese di _____ presso gli Uffici dell'Istituto Comprensivo
"IV Novembre" di Mariano C.se è comparso il/la Sig. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ (__) in via _____ n. _____
il/la quale, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art. 76 T.U. 445/2000, cui può andare incontro,

D I C H I A R A

CHE IL FAMILIARE DISABILE NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (Ue) 2016/679 che i dati personali
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il
quale la presente dichiarazione viene resa.

Mariano Comense, _____

il/la dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 T.T. la presente dichiarazione può essere

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione;
- oppure sottoscritta ed inviata insieme a fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente per posta, fax, o tramite incaricato

ISTITUTO COMPrensIVO "IV NOVEMBRE" DI MARIANO COMENSE (CO)

Mariano Comense, _____

_____ *firma del ricevente*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 d.p.r. N. 445/2000)

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O GESTORI DI SERVIZI PUBBLICI

L'anno _____ addì _____ del mese di _____ presso gli Uffici dell'Istituto Comprensivo "IV Novembre" di Mariano C.se è comparso il/la Sig. _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ (__) in via _____ n. _____ il/la quale, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 T.U. 445/2000, cui può andare incontro,

D I C H I A R A

- che presterà assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero necessiterà delle agevolazioni per necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporterà 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 comporterà un onere per l'amministrazione è un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che si impegnerà a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (Ue) 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Mariano Comense, _____

il/la dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 T.T. la presente dichiarazione può essere

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione;
- oppure sottoscritta ed inviata insieme a fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente per posta, fax, o tramite incaricato

ISTITUTO COMPRENSIVO "IV NOVEMBRE" DI MARIANO COMENSE (CO)

Mariano Comense, _____

firma del ricevente