

Istanza da presentare da parte del Lavoratore che assiste uno o più Disabili Gravi parenti o affini entro il terzo grado

Data _____

**Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo
"Luigi Capuana"**

SEDE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

in servizio quale _____ presso codesta Istituzione scolastica

con contratto a tempo: determinato indeterminato

CHIEDE

Di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92 per:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

A tal fine dichiara:

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata

In caso di rinnovo

- che l'Asl no ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap

(dichiarazione non necessaria per le persone con sindrome di Down e per i grandi invalidi di guerra).

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:

- A) che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap
- B) di essere l'unico soggetto a prestare assistenza con continuità ed in via esclusiva al portatore di Handicap grave con necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale ai sensi dell'art.3 comma 3 legge n.104/92 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
- C) 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