**Al DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Dell’ I.S.I.S“L. DE MEDICI”**

###### di OTTAVIANO

RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

**La /Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/19\_\_\_\_ in servizio presso questo**

**Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Contratto a Tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

C H I E D E

1. di poter beneficiare dei permessi di cui all’art.33, comma 6 della legge 104 del 25/02/1992

PER SE MEDESIMO;

1. Di poter beneficiare dei permessi di cui all’art.33, comma 1, 2 e 3 della legge 104 del 05/02/1992 per l’assistenza a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. GRADO DI PARENTELA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

All’uopo, allega COPIA CONFORME DEL CERTIFICATO DI ACCERTAMENTO HANDICAP

RILASCIATO DALL’ A.S.L.\_\_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_)/ INPS DI .

la /Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’ art. 76 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

|  |  |
| --- | --- |
| A | ASSISTENZA A SE MEDESIMO |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| B | ASSISTENZA A FAMILIARE |

* che la persona da assistere è in possesso della certificazione idonea rilasciata dalla ASL \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( );
* di essere/non essere convivente della persona da assistere;
* che la persona da assistere non convivente risiede nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) notizie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che il familiare da assistere ha manifestato la volontà di fruire dell’assistenza del richiedente, come da dichiarazione allegata;
* che il familiare da assistere non risulta ricoverato presso alcuna struttura né pubblica, né privata;
* che nessun altro familiare fruisce dei benefici di cui sopra;
* che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
* che 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 solo per l’effettiva tutela del disabile;
* che s’impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Allegati: dichiarazione del familiare da assistere corredato fotocopia del documento di identità.

Ottaviano, lì In fede

RISERVATO ALL’UFFICIO:

Visto : si autorizza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Non si autorizza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell’ I.S.I.S.”L.DE MEDICI”

OTTAVIANO

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’**

**Il /La sottoscritto/a……………………………………………………………………………………**

**nata/o a………………………………… Prov.( ) il………………………e residente a……………………**

**Prov ( ), in via ………………………………………………………………………………………………………**

**DICHIARA**

**Ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000,sotto la personale responsabilità**

**Di essere assistita dal Sig……………………………………………………………………………………..**

**Nato/a…………………………………………Prov.( ) il…………………, in quanto il medesimo e l’unico**

**componente della famiglia in grado di assicurare il tipo di assistenza di cui necessito.**

* **Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che la legge riserva a coloro i quali rilasciano dichiarazioni mendaci – art.76 D.P.R. 445/2000.**

**Data**

**FIRMA**

**Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs.196/2003 e successive modifiche.**

**Data**

**FIRMA**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’** ISIS “L. DE MEDIC**I**”

OTTAVIANO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(Art. 46 e 47 delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa D.P.R. 28.12.200, n 445)

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Beneficiario/a dell’art. \_\_\_ comma \_\_\_ di cui al decreto autorizzato del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’ art. 76 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

* che, alla data odierna, sussistono tutti i requisiti originali dichiarati e documentati all’atto della richiesta.
* che il familiare da assistere non risulta ricoverato presso alcuna struttura né pubblica, né privata;
* che nessun altro familiare fruisce dei benefici di cui sopra;
* che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabilee, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
* che 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 solo per l’effettiva tutela del disabile;
* che s’impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita delle della legittimazione alle agevolazioni.

Ottaviano lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Mostra immagine a dimensione intera](http://zamparini.files.wordpress.com/2009/10/emblema.jpg) | **I.S.I.S. -** *Istituto Statale Istruzione Superiore*  ***"Luigi de' Medici"***  **Via Zabatta, 19 80044 OTTAVIANO (NA)**  **tel. ( 081 ) 529 32 22 - fax ( 081 ) 529 54 20 - e-mail: de\_medici@libero.it**  **Cod. Mecc.: NAIS05800R - Cod. Fisc. 84007150638 -** [www.isisdemedici.it](http://www.isisdemedici.it)  ***Succ.le Via Funari – Ottaviano (NA) – Tel. 0815294074 - 0813624604***  ***Sede Coordinata - Striano (NA) - Via P. Verde – Tel. 0813624206 – 0813624207***  ***Sede Aggregata – I.P.I.A. - Via C. Peano – Ottaviano (NA) – Tel. 0818278079***  ***Distretto Scolastico 32*** |  |

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’I.S.I.S. “DE MEDICI”

OTTAVIANO (NA)

Oggetto: Domanda di permesso retribuito l.104/92.

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con contratto a tempo

determinato/indeterminato.

Chiede:

in applicazione dell’art.33 della legge 5.2.1992, n.104, come modificato dall’art. 21 del D.L. 27.8.1993, n. 324 convertito con modificazioni in legge 27.10.1993, n.443, nonché dall’art.3 comma 38, della legge 24.12.1993,n.537 e dell’art. 20 della legge 8.3.2000, n. 53, giorni 3

* Di permesso per assistere il proprio familiare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portatore di handicap grave;

* Per se medesimo;

(Come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale)

Da fruire nei seguenti giorni relativi al mese di :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **lunedì** | **martedì** | **mercoledì** | **giovedì** | **venerdì** | **sabato** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Ottaviano,lì Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto si autorizza:

IL DIRETTORE S.G.A. IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Gabriele Adamo Prof.Ing. Vincenzo Falco