

PROT. _____ / _____

DEL _____

Al Dirigente Scolastico del 48°
Circolo Didattico "Madre Claudia Russo"

Napoli

**ISTANZA PER FRUIZIONE BENEFICI ART. 33 L.104/92
E/O SISTEMA PREFERENZA TRASFERIMENTO D'UFFICIO**

E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 L.R. T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -
D.P.R. 28/12/2000, n. 445 così come modificato ed integrato dall'art.15 della Legge 16/01/2003 n.3)

Il/ la sottoscritto/ a _____ nato/a a
_____ (prov. _____) il _____, residente di fatto nel
Comune di _____ (prov. _____) in Via/ Piazza
_____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di
_____, per l'anno scolastico 20____/20____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modifiche, 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;
- tutore legale;
- amministratore di sostegno.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. che l'A.S.L. di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la connotazione di gravità della minorazione, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992, di:
Cognome e Nome _____, Grado di parentela _____
_____ data e luogo di nascita _____
residente a _____, in via/piazza _____,
come risulta dalla certificazione che si allega.

2. nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
3. l'altro genitore:
Sig./ra _____ C.F. _____
non dipendente / dipendente presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
4. il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
5. 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;
6. 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;
7. 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;
8. 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:

1. 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
2. Certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
3. 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.

4. 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.
5. Nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
6. Dichiarazione parenti e/o affini di non prestare assistenza al disabile e fotocopia carta d'identità di ciascuno di essi

Data _____

Il/ la Dichiarante
