

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

### MODULO RICHIESTA BENEFICI DELLA LEGGE 104/1992

Il/La sottoscritto/a

nato/a  Prov.  il

C.F.  e residente a

in Via  n.  cap  Prov.

in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di

con contratto a tempo

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti

### CHIEDE

Il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza:

a se stesso, lavoratore disabile con riconosciuto stato di gravità (art. 33 comma 3 e 6 legge 104/92);

al proprio familiare disabile in situazione di gravità (*parente o affine entro il secondo grado. In caso di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età, il diritto è riconosciuto a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità, art. 33 comma 3 legge 104/92*)

### DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome  Nome

nato/a  Prov.  il

C.F.  e residente a



## LICEO "G. MARCONI"

Liceo Scientifico - Liceo Scientifico opzione Scienze Applicate - Liceo Linguistico  
Liceo delle Scienze Umane opzione Economico sociale  
Via Trento, 74 - La Scala - 56028 San Miniato - PI - tel.0571/418392 - 0571/419879  
e-mail: [pips01000q@istruzione.it](mailto:pips01000q@istruzione.it) - [pips01000q@pec.istruzione.it](mailto:pips01000q@pec.istruzione.it) - sito web: [liceomarconi.net](http://liceomarconi.net)  
cod. meccanografico: pips01000q - C.F. 82001800505 - cod.univoco: UF9OJE



in Via  n.  cap  Prov.

*Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.*

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- Genitore
- Figlio/a
- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il II grado (*specificare*)
- Altro parente o affine entro il II grado (*specificare*)
- Altro parente o affine entro il II grado (*specificare*)

è in situazione di **disabilità grave**.

Ai suddetti fini, il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso DPR che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità:

- Non è coniugato/a
- 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 separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età.

In caso di assistenza a *figlio/a*,

il/la sottoscritto/a dichiara, che l'altro genitore

nato/a  Prov.  il

C.F.  e residente a

in Via  n.  cap  Prov.

lavoratore presso

con sede in

usufruisce del medesimo beneficio  non usufruisce del medesimo beneficio

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso DPR:

di essere l'unico familiare a fruire dei permessi per il disabile in questione;

che i seguenti familiari avrebbero diritto a fruire dei permessi per il disabile:

1. Cognome e Nome  nato/a il

a  Prov.

C.F.  grado di parentela con il disabile

lavoratore presso

con sede in

---

2. Cognome e Nome  nato/a il

a  Prov.

C.F.  grado di parentela con il disabile

lavoratore presso

con sede in

---

3. Cognome e Nome  nato/a il

a  Prov.

C.F.  grado di parentela con il disabile

lavoratore presso

con sede in

- 
- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
  - che il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
  - che il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
  - che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;
  - che il disabile si trova in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;
  - che il familiare disabile è parente o affine di III grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto i 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (*specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra*)

Il/la sottoscritto/a, che fruisce già di permessi di cui alla L. 104/1992 e s.m.i per il seguente familiare disabile  *dichiara* di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile

*dichiara* di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.

Il/La sottoscritto/a si *impegna* altresì a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/La sottoscritto/a **dichiara** inoltre di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dal Liceo G. Marconi di San Miniato esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto e in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30/6/2003 n.196 e successive modifiche e dei regolamenti in materia di cui al D.R. n. 198 dell'11/7/2001 e n. 165 del 12/4/2006. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Il/La sottoscritto/a **dichiara** di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445). Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

Allega al tal fine la seguente documentazione:

- certificato medico di I istanza rilasciato dalla ASL, attestante la disabilità e la condizione di gravità della patologia dalla quale è affetto il predetto familiare;
  - certificato di commissione medica ASL convalidato dal giudizio definitivo dell'INPS il quale definisce, tra l'altro, che il familiare ha una disabilità
- Rivedibile  mese e anno di revisione
- Non Rivedibile
- 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.
  - nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
  - fotocopia documento di identità in corso di validità.
- Data, , Lì

Firma del Richiedente

*La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste e destinate ad una pubblica amministrazione.*