

Oggetto: Richiesta Benefici Legge 104/92.

..l.. sottoscritt.. _____ nat.. a _____ il _____

Docente/Ata in servizio presso Codesto Istituto con contratto a tempo determinato/ indeterminato, al fine di poter fruire dei benefici della Legge 104/92:

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- ..l.. Sig.... _____ nat.. a _____ il _____
Portatore di Handicap Grave accertato dall'ASL di _____ in data _____ ha il seguente grado di parentela con ..l.. scrivente
- Che il portatore di Handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva da parte del... sottoscritt...
- Che è convivente con ..l.. sottoscritt... (se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di Handicap) _____

..l.. sottoscritto consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 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:

- Che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap;
- Di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap in via esclusiva e a carattere continuativo, in quanto
 - Nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere il disabile
 - Pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere il disabile, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma dev'essere documentato da certificazione medica
 - Pur essendo presenti altri familiari lavoratori del disabile fino allo stesso grado di parentela del richiedente, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità di cui si produce certificazione
- 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

Formicola, _____

Allegati:

- Certificato ASL attestante la connotazione di gravità dell'assistito
- Autocertificazione di altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente ma che si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità a prestare assistenza
- (qualora nel nucleo familiare del portatore di handicap vi siano altri soggetti in grado di assistere il disabile, ma impossibilitati perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità) documentazione che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei componenti il nucleo familiare.