

| | |
|-----------------------------|--|
| Il sottoscritto/a | |
| luogo e data di nascita | |
| residenza | |
| domicilio | |
| dipendente con la qualifica | |
| in servizio presso | |

CHIEDE

la concessione delle agevolazioni previste dalla Legge n. 104/1992 art. 33, in qualità di **unico referente** per l'assistenza a persona con handicap in situazione di gravità.

A tal fine, ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47, produce le seguenti dichiarazioni sostitutive relative alla sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni, consapevole che l'art. 76 del citato DPR prevede che *“chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”*.

DICHIARA di essere individuato **unico referente** per l'assistenza alla persona di seguito indicata, che **non*** è ricoverata a tempo pieno.

** cancellare in caso si situazione eccezionale*

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Grado di parentela

Residenza

Domicilio

situazione di handicap grave risultante dal verbale della Commissione Medica, allegato alla presente istanza

Il sottoscritto si impegna a produrre idonea documentazione medica in caso di situazioni eccezionali, relativamente allo stato di ricovero:

- ricovero a tempo pieno di disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
- ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;
- interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie.

| | |
|---|---|
| <p>DICHIARA sotto la propria responsabilità e consapevolezza</p> | <p><input type="checkbox"/> di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che non vi sono altri lavoratori dipendenti che fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona disabile</p> <p>ovvero</p> <p><input type="checkbox"/> che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità</p> |
| <p>DICHIARA sotto la propria responsabilità e consapevolezza</p> | <p>che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, che il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.</p> |
| <p>DICHIARA sotto la propria responsabilità e consapevolezza</p> | <p>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.</p> |
| <p>DICHIARA sotto la propria responsabilità e consapevolezza</p> | <p>di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.</p> |
| <p>DICHIARA sotto la propria responsabilità e consapevolezza</p> | <p>di impegnarsi a comunicare, salvo dimostrate situazioni di urgenza, le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.</p> |
| <p>data</p> | <p style="text-align: center;">Firma dell'interessato</p> <p style="text-align: center;">.....</p> |

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Polo 1 – Galatina

Il sottoscritto/a
dipendente con la qualifica
in servizio presso

COMUNICA

Il calendario mensile delle assenze previste ai sensi della Legge n. 104/1992 art. 33, impegnandosi a effettuare la richiesta per i giorni indicati, ovvero a comunicare il cambio delle giornate per dimostrate situazioni di urgenza.

MESE
GIORNI

.....,

.....