*Modulo richiesta fruizione benefici legge 104/92 per assistenza a soggetto terzo*

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

LICEO SCIENTIFICO GALILEO GALILEI

PALERMO

**Oggetto: Dichiarazione richiesta benefici di cui all**’**art. 33 legge 104/1992, l. 53/2000, D.L.vo 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (qualifica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CHIEDE

di poter beneficiare beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il proprio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(padre-madre-figlio- ecc.) sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell’art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell’A.S.L. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui all’art. 4 c. 1 della L. 104/92.

A tal fine,

DICHIARA

che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o strutture pubbliche e private dedicate all'assistenza sanitaria;

di prestare un’assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

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;

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;

Si allega:

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.

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.

*Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall*’*art. 76 del D.P.R. 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 che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e* ***s***’***impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti*** *(ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell*’*handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.)*

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_