

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "G. GUZZO" DI TIRIOLO

Oggetto: Istanza per la fruizione delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 - anno scolastico _____.

Il/La sottoscritta _____, in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Tiriolo in qualità di _____, chiede alla S. V. di poter usufruire delle agevolazioni di cui alla Legge 104/92 art. 33 comma 3, per assistere il proprio _____ nat _____ a _____ il _____ che è persona handicappata di cui all'articolo 3 comma 1 e 3 della Legge 104.92 (vedi decreto ASL allegato).

Al tal fine, il/la sottoscritt_ secondo quanto previsto dall'art. 7 della Circolare n. 13/2010 del D.F.P.,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

- che presta assistenza nei confronti del proprio _____ signor _____ disabile in situazione di gravità (vedi dichiarazione di responsabilità allegata dalla quale si evince la relazione di parentela o affinità tra il dichiarante e il disabile in situazione di gravità);
- che è la sola persona scelta dal disabile in situazione di gravità sig./ra _____ a beneficiare dei permessi di cui alla Legge 104/92 art. 33 comma 3;
- che il proprio _____ signor _____ in situazione di handicap grave, non è ricoverato a tempo pieno;
- che è 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;
- che 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che s'impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Alla presente istanza allega:

1. Copia verbale della commissione medica dal quale risulta l'accertamento della situazione di handicap grave;
2. Dichiarazione di responsabilità;
3. Copia documento di identità.

Tiriolo _____

In fede _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____

DICHIARA

di essere nella seguente relazione di parentela con il/la Signor/ra _____

nato/a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ da me assistito/a:

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ padre; | ☐ coniuge; |
| ☐ madre; | ☐ parente entro il secondo grado; |
| ☐ fratello; | ☐ affine entro il secondo grado; |
| ☐ sorella; | ☐ parente entro il terzo grado; |
| ☐ figlio; | ☐ affine entro il terzo grado; |

In caso di grado di parentela/affinità di terzo grado, dichiaro che il/la Signor/ra _____

- ☐ Non è coniugato/a;
- ☐ E' vedovo/a;
- ☐ E' coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ E' coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
- ☐ E' stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;
- ☐ E' separato/a legalmente o divorziato/a;
- ☐ E' coniugato, ma in situazioni 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;

Si allega:

1. Copia del documento di riconoscimento n° _____ rilasciato da _____

_____ il _____;

2. Nei casi previsti, documentazione sanitaria comprovante la patologia invalidante.

Data _____

Firma _____