



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale - Lazio

Istituto Comprensivo «PRINCIPE AMEDEO»

CF:90027990598 ✉ ltic82300d@istruzione.it -

ltic82300d@pec.istruzione.it

Via Calegna, 20 - Gaeta (LT) - 04024 - tel.: 0771471392 fax: 0771471392

Prot. 1686/22

Gaeta, 09/09/2020

- A tutto il personale
I.C. Principe Amedeo
Loro sedi
- Al sito web

Oggetto: comunicazione .

Si chiede cortesemente al personale beneficiario di legge 104 , possessore della Legge 104, di produrre la documentazione idonea per poter usufruire dei benefici relativi a tale normativa per l'a.s. 2020/2021.

Si allegano i seguenti modelli :

- 1) Istanza per la nuova richiesta;
- 2) Istanza per la conferma,

da inviare debitamente compilati al seguente indirizzo di posta elettronica

ltic82300d@istruzione.gov.istruzione.it



Il Dirigente Scolastico

(Dott.ssa Maria Angela Rispoli)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
PRINCIPE AMEDEO
GAETA

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____
_____ prov. () il _____,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato presso

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 -comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la
sig. _____ (coniuge / figlio / madre / padre /
_____) nato a _____ -prov. _____ -
il _____ e residente a _____ -prov. _____ -
Via _____

Il/L _____ sottoscritt _____, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi
sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e
dalle leggi speciali in materia, DICHIARA che:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. _____;
- l'altro genitore sig. _____ C.F. _____
non dipendente / dipendente presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla
sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- 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;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da
cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello
stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione (*)

(*)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____
_____ prov. (____) il _____, residente
a _____ -prov. _____ - Via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata
a _____ -prov. _____ - il _____
C.F. _____ e residente in _____

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6,
legge 104/1992, e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto _____,
nato a _____ (prov _____), il _____,
residente a _____ Prov. _____
Via _____ n° _____, in servizio presso
questa Istituzione Scolastica in qualità di _____,

consapevole

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR , 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2) del D.lgs. n° 165/2001

dichiara sotto la propria responsabilità

- ☐ che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il proprio familiare.
- ☐ che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona.

che dal _____ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

a tal fine specifica

- ☐ che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno
- ☐ di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile
- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile.

Per quanto dichiarato

- ☐ si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità
- ☐ si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

Gaeta, li ____/____/____

FIRMA