Richiesta benefici L. 104/1992 art. 33 commi 1,2,3

con contestuale

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Resa ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazione
da presentare per il tramite dell'ufficio di appartenenza

Il /la sottoscritt_ _____nat_ a_____ _____ il _____ in servizio presso_____ _____ con la qualifica di_____

CHIEDE

di fruire dei benefici dell'art.33 della L.104/92 comma ___ _____ _____ per _____ _____,soggetto portatore di handicap in situazione di gravità, a tal uopo

DICHIARA

- ❑ i familiari che beneficiano dei permessi e delle agevolazioni di cui all'art. 33 della L. 104/1992 per lo stesso soggetto portatore di handicap.

  …….
  .
- ❑ che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il/la sottoscritt_, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori; in tale caso è necessario allegare la dichiarazione dell'altro coniuge che, sotto la propria responsabilità, dichiara i giorni in cui ha fruito del permesso mensile e la sede del posto di lavoro, (questo aspetto normativo trova applicazione solo in presenza di figli minorenni).
- ❑ di non fruire dei permessi della L.104/92 in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili dei congedi straordinari per assistenza ai figli con handicap in situazione di gravità previsti dal comma 5° dell'art. 42 del D.lgs 151/2001.
- ❑ che il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.
- ❑ che l'altro genitore non abbia fruito del beneficio dell'anticipato collocamento in quiescenza, previsto dall'art. 39 L.r. 10/2001, proprio al fine di assistere il figlio disabile grave.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali per il caso di dichiarazioni false o fraudolenti dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Si impegna a comunicare, sempre per il tramite dell'Ufficio di appartenenza, tempestivamente, le eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni dichiarate con la presente, allegando la relativa documentazione o, nei casi consentiti dalla normativa vigente, con dichiarazione sostitutiva.

IL Dirigente dell'Ufficio di appartenenza vigilerà affinchè quanto sopra esposto venga puntualmente osservato.

Si allegano:

- copia del documento di riconoscimento.
- copia conforme del verbale della Commissione Medica di cui all'art. 4 della L.104/92. (conformizzazione a cura del Dirigente dell'Ufficio di appartenenza).
- copia dichiarazione di individuazione componente familiare per la richiesta benefici L. 104/92

Data_____

_____

VISTO:
Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Angela Desideri