AL DIRIGENTE SCOLASTICO dell' I.C.S. POLITEAMA

di PALERMO

\_1\_ sottoscritt\_\_ nat il / / a

 prov. e residente a in via

 in servizio presso codesta Istituzione

Scolastica, in qualità di indeterminato/determinato.

con contratto di lavoro a tempo

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge 104 n. 92 e dell'art. 6 del D.Lvo n.119 del 18-07-2011 e ss. mm. ii. nonché ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000 che:

1. presta assistenza nei confronti di

cognome e nome indicare grado di

parentela

nat a il / / residente a

 via che è situazione di disabilità come da Verbale della Commissione medica allegato.

1. tale situazione di gravità è tutt'ora esistente non essendovi state variazioni alla dichiarazione della Commissione ASP (che si allega in copia)
2. che il sottoscritto È/NON È l'unico familiare che presta assistenza
3. che i seguenti familiari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assistono il familiare in modo continuativo
4. che il familiare in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, È/NON È ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo da parte del/della sottoscritto/a.
5. che pur avendo un grado di parentela/affinità di terzo grado il familiare non ha genitori o coniuge che lo possano assistere perché:

 mancanti

  affetti da patologie invalidanti (documentate)

  ultrasessantacinquenni

 7. Il portatore di handicap grave:

* +  è convivente
	+  non è convivente e la distanza stradale tra la residenza del\_\_ sottoscritt\_\_ e della persona in situazione di handicap grave:

 è inferiore ai 150 km.

 è superiore ai i 50 km (in tal caso si impegna ad allegare alla presente richiesta titolo di viaggio o altra documentazione idonea che attesti il raggiungimento del luogo di residenza de11’assistito).

 Il Dichiarante, altresì:

1. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità)
2. 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
3. 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

 A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità e adeguatezza. Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza. Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

 Si allega:

* copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso
* certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità (ALLEGATO 1)
* dichiarazione degli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) che assistono il disabile (eventuale)
* copia del proprio documento di identità
* copia del documento di identità del familiare assistito

Palermo lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 1)Prot.n. del |  Si autorizza Non si autorizzaIl Dirigente ScolasticoProf. Giuseppe Granozzi  |