

Modulo dichiarazione di richiesta
benefici Legge 104

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

Il/La sottoscritt _____ nat a _____
prov. () il _____, residente a _____ prov.
_____ Via _____ C.F. _____ in qualità di
_____ Titolare presso codesta Istituzione Scolastica

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 – comma 3 - della legge 104/1992 per assistere in modo esclusivo, sistematico e continuativo il/la sig. _____

☐ Coniuge ☐ Parte dell'unione civile ☐ Convivente di fatto

☐ Parente o affine entro il secondo grado (da specificare)

▪ ☐ Parenti o affini entro il terzo grado (da specificare)

nato a _____ prov. _____ il/ _____
e residente a _____ prov. _____ Via _____

/ _____ 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:

☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
☐ altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
sig. _____ C.F. _____

☐ Non dipendente / ☐ dipendente presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi.

☐ che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

☐ 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 impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso)

- ☐ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

_____ li _____

Firma

Allegati:

- ☐ **Copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3-comma 3-della Legge104/1992;**
- ☐ **Fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;**
- ☐ **dichiarazioni del disabile e/o dei parenti corredate da documenti di riconoscimento(*)**

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DELLE ISTRUZIONI PER GLI ADDETTI AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto (cognome, nome e C.F.) _____
in qualità di dell'Istituto,

DICHIARA

di avere acquisito le informazioni ("personale dipendente") fornite dal Titolare ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, le stesse anche reperibili nella sezione "Privacy e Protezione dei dati personali" del sito WEB dell'Istituto Francesco Giorgio di Licata

Il sottoscritto, inoltre:

- dichiara di avere preso visione delle istruzioni relative al trattamento che effettuerà per conto del Titolare in qualità di addetto al trattamento, reperibili nella sopracitata sezione del sito.

Luogo e data _____

Firma

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscrit _____ 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 _____;
- ☐ (*in alternativa*) 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;
- ☐ (*in alternativa*) di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- ☐ di volere essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a
_____ prov. _____ il _____
C.F. _____ e residente in _____

- ☐ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR
(Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

FIRMA

DICHIARAZIONE DEI PARENTI DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nata
_____ 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 parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- ☐ Di non potere assistere il proprio ☐ coniuge ☐ parente per i seguenti motivi oggettivi:

- ☐ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

FIRMA
