Richiesta Concessione Benefici Legge 104/92– Anno Scolastico 2024/25

Modalità alternativa con il sig.

(D.Lgs. 30 Giugno 2022, n°.105 modifica art. 33 legge 104/92)

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Tecnico Industriale Statale

“E. Medi”

San Giorgio a Cremano (NA)

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………., nato/a a …………………………………………..……….…… prov. (………..) il ……………., residente in ………………………………….…. prov. (…………) alla Via ………………..…………….. n. …….., in servizio presso quest’Istituto in qualità di ………………………………………………… a T. I. / T. D, richiede il beneficio del permesso mensile di 03 giorni, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105 che modifica l’art. 33 comma 3 della Legge 104/92

per assistere il/la proprio/a ……………………………………. Convivente non convivente sig./sig.ra …………………………………..…………………. grado e tipo di parentela………………………… nata a ……………….………………………….. prov. (……) il ………………, portatore di handicap in situazione di gravità come da certificato rilasciato dall’apposita commissione ASL allegato alla presente.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46-47 DEL D.P.R. N° 445/2000**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del T. U. 445/2000, che:

⁭ la persona assistita non e’ ricoverata a tempo pieno;

⁭ di non essere l’unico soggetto lavoratore che richiede i benefici del permesso mensile per la stessa persona in quanto ne usufruisce in maniera alternativa con il sig. ………………………….. di non essere l’unico soggetto lavoratore che richiede i benefici del permesso mensile per la stessa persona in quanto ne usufruisce in maniera alternativa con il sig. …………………………..…………………………………..…………………. grado e tipo di parentela………………………… nata a ……………….………………………….. prov. (……) il ………………,in servizio presso …………………………………………………………………….

⁭ di impegnarsi pertanto a comunicare in maniera regolare le giornate necessarie all’assistenza della persona disabile in situazione di gravità ;

⁭ il/la sottoscritto/a presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste agevolazioni;

*ovvero*

⁭ il/la sottoscritto/a ha bisogno delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

⁭ il/la sottoscritto/a 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;

⁭ il /la sottoscritto/a 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;

⁭ il /la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto di cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:

⁭ di non essere residente in un comune distante oltre 150 km. dall’assistito/a;

*ovvero*

⁭ di trovarsi in un comune oltre 150 Km. Di distanza dall’assistito/a e di presentare giustificativi di spesa di titoli di viaggio che attestino l’effettiva presenza nel luogo dell’assistito.

|  |  |
| --- | --- |
| San Giorgio a Cremano, ………………… | In fede  ……………………………………………… |