

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 _____, già fruitore dei benefici di cui all'art. 33,

commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.

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.
- ☐ il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art.33, comma 3, L.104/92 e s.m.i, per l'assistenza del

familiare disabile sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito

- in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile.

che, oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

Cognome _____ Nome _____

nat ____ a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / _____ ,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

Cognome _____ Nome _____

nat ____ a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / _____ ,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa: _____

che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;

che la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km _____ ;

di impegnarsi ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, solo nel caso di distanza superiore a 150 Km;

di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; di essere inoltre 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 dei disabili;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sovraesposti (ricovero a tempo pieno dell'assistito presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, etc.);

Solo in caso di permessi per assistere parenti e affini di terzo grado

☐ che i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità in situazione di gravità da assistere sono:

deceduti

mancanti

affetti da patologie invalidanti

hanno compiuto i 65 anni di età

Allegati:

Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4, comma 1 L. 104/92 e s.m.i. (in originale o copia autentica);

Copia documento di ri riconoscimento in corso di validità;

Altro: _____

☐ della riforma dell'art. 33, comma 3, L. 104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);

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

Omignano, li ____/____/____

FIRMA
