



ISTITUTO COMPRENSIVO "CALCEDONIA- SAN TOMMASO D'AQUINO" di SALERNO

Via Andrea Guglielmini, n.23 - 84134 SALERNO Tel.089- 792310 fax 089-799631 SALERNO – C.F.: 95201640653

C.M.: SAIC8CH00T Distretto 50 e-mail: saic8ch00t@istruzione.it PEC: saic8ch00t@pec.istruzione.it sito web: www.icscuolacalcedoniasalerno.gov.it

Allegato 1

Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992, l. 53/2000, D.L.vo 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo Statale
"Calcedonia – San Tommaso D'Aquino"

Il/la sottoscritt _____ nat_ il _____

a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

- Docente a tempo indeterminato a tempo determinato
- Collaboratore scolastico a tempo indeterminato a tempo determinato
- Assistente Amministrativo a tempo indeterminato a tempo determinato

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto per poter assistere:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

C.F. _____

residente a _____

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km _____ (Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

A tal fine, 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:

il disabile è in vita;

l'accertamento dell'handicap è **IRRIVEDIBILE** _____ **RIVEDIBILE** il _____

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;

di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

NOME _____ COGNOME _____ DATA _____ LUOGO NASCITA _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ mail

Solo per dare assistenza a familiari di 3°:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- è coniugato;
- coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Salerno, _____

Per presa visione