Al Dirigente Scolastico

Dell’IISS “Einaudi” Manduria

**Oggetto: Istanza per fruire dei benefici previsti dalla L. 104/92 per l’assistenza a familiari disabili 2020/21.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio in questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di poter usufruire nel corrente a.s. 2020/2021 dei benefici previsti dalla L. 104/1992 per chi assiste un familiare in situazione di handicap, e tanto allo scopo di prestare assistenza al signor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legato allo/a scrivente dal seguente grado di parentela/affinità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti come richiamate dall’art. 76 del D.P.R. del 28.12.2000 n° 445,

**DICHIARA,**

**ai sensi dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000**,

che la certificazione di handicap rilasciata dalla Commissione medica ASL ha la seguente scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; - che la persona oggetto dell’assistenza è residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a una distanza di km \_\_\_\_\_ dalla propria abitazione; - che la persona oggetto dell’assistenza non è ricoverata a tempo pieno e che ogni eventuale variazione di tale condizione dovrà essere comunicata alla S.V. tempestivamente e per iscritto; - di prestare assistenza adeguata e sistematica al familiare precitato; - di essere l’unico lavoratore a richiedere e a fruire dei benefici previsti dalla L. 104/1992 per l’assistenza al parente/affine sopra indicato; - di essere 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; - di essere consapevole che il riconoscimento delle agevolazioni comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; - di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

**DICHIARA,**

**noltre, ai sensi dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000,**

 di non avere congiunti lavoratori dipendenti che hanno diritto ad avvalersi dei benefici di cui all’art. 33 co. 3 della Legge 104/1992 per l’assistenza al disabile sopra indicato;

 di avere i seguenti congiunti, lavoratori dipendenti, i quali, pur avendone la possibilità, non si avvalgono dei benefici di cui all’art. 33 co. 3 della Legge 104/1992 per l’assistenza al disabile sopra indicato;

1 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza:

(ove gli spazi non fossero sufficienti, andrà predisposta e allegata specifica dichiarazione)

Alla presente allega copia autenticata del verbale della Commissione medica ASL per il riconoscimento dell’handicap

Manduria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma