



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA
SUPERIORE**

“Cataldo Agostinelli”

Comprensivo del LICEO CLASSICO/SCIENTIFICO -I.T.C. -I.P.S.I.A. -
I.P.S.S.S. - I.P.S.S.A.R.

Via Ovidio - 72013 CEGLIE MESSAPICA (BR)

e-mail BRIS006001@istruzione.it - ☎ Segr. 0831/377890 – Fax 0831/379023

Al Dirigente Scolastico
I.I.S.S. “C. AGOSTINELLI”
Ceglie Messapica

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____

n° _____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza a:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data e luogo di nascita _____ Residente a _____,

ricosciuto/a invalido/a, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell’A.S.L., che si allega.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

D I C H I A R A

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;

che il soggetto da assistere non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere;

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data di nascita _____ Residente a _____ non può fornire assistenza
perché 2 _____;

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Di nascita _____ Residente a _____ non può fornire assistenza
perché 3 _____;

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data di nascita _____ Residente a _____ non può fornire assistenza
perché 4 _____;

Data _____

Il/la Dichiarante _____

1 barrare solo le caselle che interessano.

2 Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata alla fine di questo modello di autocertificazione.

3 Vedi nota n° 2;

4 Vedi nota n° 2;

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. E' di età inferiore a 18 anni;
4. E' Studente/Studentessa;
5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. E' di età superiore a 70 anni unita ad invalidità;
7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. E' privo/a di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare)

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE
CONSEGUITI, A SEGUITO
DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON
VERITIERA.**

all'ufficio)*****

Istituto Istruzione Secondaria Superiore "C. Agostinelli" Ceglie Messapica
Ai sensi dell'art. 38 (L-R) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di
documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445, attesto che il/la Sig./Sig.ra

preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Artt. 75 (R) e 76 (L) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445), ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Ceglie Messapica, li _____

L'INCARICATO

(qualifica, cognome e nome e firma per esteso)

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Ceglie Messapica , li _____

Motivi eventuale diniego:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Esente da autentica ai sensi dell'art. 38 T.U.
– D.P.R. 28/12/2000, n° 445 ed esente da
bollo ai sensi dell'art. 37 T.U. D.P.R.
28/12/2000, n° 445.

Note per il richiedente di permesso per assistenza a parente od affine portatore di handicap - Legge 104/1992

· L'**handicap in situazione di gravità deve essere certificato** dalla competente Commissione ASL., oppure dal Medico Specialista ASL, in questo caso la certificazione ha validità per 6 mesi) o, per i portatori di sindrome di Down, dal proprio medico di base, con certificato rilasciato su presentazione del "cariotipo" da allegare.

· In caso di **convivenza col soggetto portatore di handicap**:

a) se il richiedente è genitore del portatore di handicap (minorenne o maggiorenne), i permessi spettano anche se in famiglia sono presenti altri soggetti non lavoratori, compreso l'altro genitore;

b) se il richiedente è familiare del portatore di handicap, deve essere dimostrata l'impossibilità per altri familiari maggiorenni conviventi, non lavoratori o non studenti, di prestare assistenza (es. grave malattia, inabilità al lavoro, età superiore ai 70 anni unita ad invalidità, ecc.).

· In caso di **non convivenza col soggetto portatore di handicap** (anche nel caso di richiesta per figlio maggiorenne portatore di handicap), i permessi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa:

a) La **continuità** consiste nell'effettiva assistenza al soggetto handicappato per le sue necessità quotidiane e si configura "se in tempi individuabili in circa un'ora è possibile coprire la distanza tra le due abitazioni "salvo" rigorosa prova" ("possono essere riconosciuti i permessi giornalieri nelle –sole- giornate in cui il richiedente dimostra di aver accompagnato l'handicappato all'effettuazione di visite mediche, accertamenti o simili");

b) L'**esclusività** dell'assistenza non è individuabile se nel nucleo familiare del portatore di handicap sono presenti familiari maggiorenni (compresi i genitori) non lavoratori in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano dei permessi per lo stesso motivo. L'impossibilità per un familiare non lavoratore di assistere la persona handicappata si configura solo nei seguenti

casi: riconoscimento da parte dell'INPS o di altro Ente pubblico di pensioni di inabilità per incapacità al lavoro pari al 100% o per infermità superiore ai 2/3; età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta; età inferiore a 18 anni, anche nel caso in cui non sia studente; infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero; presenza in famiglia di più di 3 minorenni o di 1 minore di anni 6; gravi motivi di carattere sanitario, debitamente documentati).

- I **permessi non fruiti** in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.
- In caso di **part-time verticale** le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.
- In caso di **portatore di handicap lavoratore** che fruisce dei permessi Legge 104/1992, il familiare potrà fruire dei permessi solo nelle stesse giornate, con frazionamento in 6 mezze giornate nel caso in cui il portatore fruisca dei permessi ad ore.
- Il richiedente deve comunicare al Dirigente Scolastico e al DSGA **le date in cui fruirà dei permessi** in tempo utile per l'organizzazione del servizio alternativo; per limitare la negativa ricaduta sugli alunni e sui colleghi, il personale docente è invitato a far sì che l'assenza non si verifichi sempre nelle stesse ore di lezione.