



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "C. GOVONI"

Scuole primarie: "C. Govoni", "M. Poledrelli", "G. Leopardi", "A. Volta Doro" –
Scuola Secondaria di 1° grado "T. Tasso"

Sede: Via Fortezza n. 20 – 44121 Ferrara - Tel. e fax n. 0532/770444 C.F. 93076220388

pec: FEIC81100X@PEC.ISTRUZIONE.IT e-mail: feic81100x@istruzione.it -

Sito web:

<https://icgovoniferrara.edu.it> codice univoco di fatturazione: UFEJJ6



RICHIESTA BENEFICI LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, n. 104

Alla D. S. I.C. "C. Govoni" Ferrara	
Il/La sottoscritto/a	
luogo e data di nascita	
residenza	
domicilio	
qualifica	
in servizio presso	
CHIEDE	
<p>di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 6 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 in quanto persona in situazione di handicap grave; la concessione delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 33 per l'assistenza a persona con handicap in situazione di gravità. A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46 e 47, produce le seguenti dichiarazioni sostitutive relative alla sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni, consapevole che l'art. 76 del citato DPR prevede che <i>"chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"</i>.</p>	
<p>Ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità e consapevolezza</p>	
DICHIARA	<p>di prestare assistenza alla persona in situazione di handicap grave risultante dal verbale della Commissione Medica, allegato alla presente istanza di seguito indicata:</p> <p>Cognome</p> <p>Nome</p> <p>Luogo e data di nascita</p> <p>Residenza</p> <p>Domicilio</p> <p>-di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che non vi sono altri lavoratori dipendenti che fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona in situazione di disabilità grave.</p> <p>-di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che vi sono altri lavoratori dipendenti che, alternativamente con il/la sottoscritto/a, fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona in situazione di disabilità grave</p> <p>-l'altro genitore Sig./ra.....</p> <p>C.F. _____</p>

	<p>non dipendente/ dipendente presso, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;</p>
DICHIARA	<p><input type="checkbox"/> il soggetto in situazione di disabilità grave Cognome Nome Luogo e data di nascita Residenza Domicilio</p> <p>non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della Circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;</p> <p>Il/la sottoscritto/a, pertanto, si impegna a produrre idonea documentazione medica in caso di situazioni eccezionali, relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricovero a tempo pieno di disabile in coma vigile e/o in situazione terminale; • ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare; • interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie. <p><input type="checkbox"/> che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2° grado ;</p> <p><input type="checkbox"/> che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado (barrare la voce che interessa) e costui:</p> <p><input type="checkbox"/> non è coniugato/a;</p> <p><input type="checkbox"/> è vedovo/a;</p> <p><input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;</p> <p><input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;</p> <p><input type="checkbox"/> è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;</p> <p><input type="checkbox"/> è separato/a legalmente o divorziato/a;</p> <p><input type="checkbox"/> è coniugato/a, ma in situazione di abbandono;</p> <p><input type="checkbox"/> ha uno o entrambi i genitori deceduti,</p> <p><input type="checkbox"/> ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;</p> <p><input type="checkbox"/> ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;</p>
DICHIARA	<p>di essere a conoscenza che</p> <ul style="list-style-type: none"> - se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso; - ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30 gg; - la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili; - le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; <p><input type="checkbox"/> di impegnarsi a comunicare, salvo dimostrate situazioni di urgenza, le assenze con congruo anticipo - se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese - al fine di consentire la migliore organizzazione del servizio.</p>

Allega alla presente la seguente documentazione:

1-COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA attestante lo stato di disabilità grave;

2-dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina), nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista per legge;

3-nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;

4-nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;

5-copia di un documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma

