

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "P. TOLA"
DI SASSARI

DOMANDA PERMESSI PER ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP
GRAVE LEGGE 104/1992 ART. 3, COMMA 3

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME	NOME
---------	------

DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
-----------------	------------------

RESIDENZA	VIA	N
-----------	-----	---

TEL.	CELL.RE
------	---------

QUALIFICA

TIPOLOGIA DI CONTRATTO _____

☐
☐

TEMPO PIENO

PART TIME ORE _____

SEDE DI SERVIZIO

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME	NOME
---------	------

DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
-----------------	------------------

RESIDENZA	VIA	N.
-----------	-----	----

PORTATORE DI HANDICAP GRAVE ACCERTATO DA _____
DI _____
IN DATA _____

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE

DATA DI ADOZIONE /AFFIDO _____

RICOVERATO A TEMPO PIENO ☐ SI ☐ NO

IL RICHIEDENTE DICHIARA DI:

ESSERE CONVIVENTE CON ILPORTATORE DI HANDICAP ☐ SI ☐ NO
--

IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	attività

Avvertenza:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrato la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato attraverso certificazione medica.
- In caso di familiare lavoratore deve essere prodotta autocertificazione

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE

DISTANZA IN KM. TRA L'ABITAZIONE DEL RICHIEDENTE E IL PORTATORE DI HANDICAP – KM. _____		
TEMPO NECESSARIO PER RAGGIUNGERE L'ABITAZIONE DEL PORTATORE DI HANDICAP – ORE _____		
Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Attività

Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa documentazione

AVVERTENZA:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrato la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato attraverso certificazione medica.
- In caso di familiare lavoratore deve essere prodotta autocertificazione.

IL RICHIEDENTE DICHIARA:

- ☐ DI NON ESSERE CONVIVENTE CON IL SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE, MA DI SVOLGERE CON CONTINUITA' L'ASSISTENZA ALLO STESSO IN MANIERA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA;
- ☐ CHE LA PERSONA PER LA QUALE VENGONO RICHIESTI I PERMESSI NON E' RICOVERATA A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI;
- ☐ DI PRESTARE ASSISTENZA NEI CONFRONTI DEL DISABILE PER IL QUALE SONO CHIESTE LE AGEVOLAZIONI, IN QUALITA' DI UNICO REFERENTE;
- ☐ CHE NON CI SONO ALTRI SOGGETTI CHE UTILIZZANO I PERMESSI PER LO STESSO PORTATORE DI HANDICAP;
- ☐ DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE AGEVOLAZIONI SONO UNO STRUMENTO DI ASSISTENZA DEL DISABILE E, PERTANTO, IL RICONOSCIMENTO DELLE AGEVOLAZIONI STESSE COMPORTA LA CONFERMA DELL'IMPEGNO - MORALE OLTRE CHE GIURIDICO - A PRESTARE EFFETTIVAMENTE LA PROPRIA OPERA DI ASSISTENZA;
- ☐ DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA POSSIBILITA' DI FRUIRE DELLE AGEVOLAZIONI COMPORTA UN ONERE PER L'AMMINISTRAZIONE E UN IMPEGNO DI SPESA PUBBLICA CHE LO STATO E LA COLLETTIVITA' SOPPORTANO SOLO PER L'EFFETTIVA TUTELA DEL DISABILE.

Si impegna altresì, a:

- ☐ Comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445;
- ☐ Aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario.

ELENCO DI ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE (da compilare dettagliatamente)

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RAPPORTO DI PARENTELA			
PROFESSIONE		SEDE	
VIA	CITTA	TELEFONO	

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RAPPORTO DI PARENTELA			
PROFESSIONE		SEDE	
VIA	CITTA	TELEFONO	

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RAPPORTO DI PARENTELA			
PROFESSIONE		SEDE	
VIA	CITTA	TELEFONO	

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RAPPORTO DI PARENTELA			
PROFESSIONE		SEDE	
VIA	CITTA	TELEFONO	

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RAPPORTO DI PARENTELA			
PROFESSIONE		SEDE	
VIA	CITTA	TELEFONO	

Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa documentazione
AVVERTENZA:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrato la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato attraverso certificazione medica.
- In caso di familiare lavoratore deve essere prodotta autocertificazione.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, dichiara che le informazioni sopra dichiarate corrispondono a verità.
 Inoltre, dichiara di essere a conoscenza che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle dichiarazioni e, nel caso di dichiarazioni false, chi l'ha effettuata può subire una condanna e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione dichiarata.
 Si assume ogni responsabilità in merito agli allegati di seguito riportati.

Allegati:

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data_____

Firma (leggibile e per esteso)_____

Si conferma che la/il Sign.re/Sig.ra_____ ha sottoscritto l'istanza in mia presenza in data _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Maria Grazia Falchi