Al Dirigente scolastico dell’ I.C. San Pio X - G. Bovio” di Foggia

**OGGETTO**: Autocertificazione per fruire dei benefici previsti dalla legge 104/92.

*(da presentare all’inizio di ogni anno scolastico)*

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_)

il …./…./……. in servizio presso questa Scuola in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al fine di poter usufruire dei benefici previsti dall’art. 33 della Legge 104/1992 per prestare assistenza al sig./alla sig.ra ……………………………………….….… nato/a ……….……………………….

il ……… C.F. …………………... domiciliato/a in Comune di ……………………….…………..

via …………….…………………………...………….. n. ………. tel. ...…………………………..

con il/la quale ha il seguente rapporto di parentela/affinità ……………………………..…………..

ai sensi dell’art. 26 della legge 15/1968, consapevole delle sanzioni previste dalla Legge nel caso di dichiarazione mendace, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

* **che nulla è cambiato rispetto alla documentazione e alle dichiarazioni già agli atti della scuola;**
* che la persona sopra indicata è stata sottoposta a visita medica collegiale per l’accertamento dell’invalidità dalla quale risulta che la stessa si trova nelle condizioni previste dall’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 (invalidità grave) e allega copia del certificato medico (anche provvisorio) rilasciato dalla Commissione o copia Sentenza del Giudice di accertamento di invalidità grave ;
* di essere parente o affine, **lavoratore** ad utilizzare i benefici previsti dall’art. 33 della Legge 104/92 a favore della persona sopra indicata **in alternativa** ad altro parente:

Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov )

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Prov\_\_\_\_ ), dipendente della seguente Amministrazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email amministrazione per comunicazione permessi

* che non esistono altri parenti o affini **conviventi** con la persona invalida, entro il 2°grado, di età inferiore ai 65 anni, **non lavoratori**, che possano prestare assistenza alla persona invalida sopra indicata, ovvero entro il 3° grado se i parenti e gli affini entro il 2° grado siano di età superiore ai 65 anni o essi stessi affetti da patologie invalidanti;
* che la persona invalida sopra indicata è tutt’ora in vita e non è attualmente ricoverata in modo continuativo presso alcuna struttura sanitaria e/o assistenziale;
* di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza a favore 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 possibilità di fruire delle agevolazione 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 impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Data, …………………………. IL DICHIARANTE (firma leggibile)

………………………….……………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Primo grado di parentela*** | ***PARENTI***: figli e genitori | ***AFFINI***: suoceri, genero, nuora |
| ***Secondo grado di parentela*** | ***PARENTI***: fratelli e sorelle, nonni, nipoti diretti (figli dei figli) | ***AFFINI***: cognati/e |
| ***Terzo grado di parentela*** | ***PARENTI***: nipoti indiretti (figli di fratelli), zii, bisnipoti e bisnonni | ***AFFINI***: zii del coniuge |