



SCUOLA SECONDARIA STATALE DI 1° GRADO
AD INDIRIZZO MUSICALE "GAETANO CAPORALE"
Piazza Falcone e Borsellino n.8 – 80011 ACERRA (NAPOLI)
Tel./Fax 081/8857104
e-mail: namm15100g@istruzione.it ; namm15100g@pec.istruzione.it
sito web: www.scuolacaporaleacerra.gov.it
C.F. 80103920635



AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELLA S. S. DI 1°GRADO "G.CAPORALE"

ACERRA (NA)

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ docente o personale ATA in servizio presso questo Istituto con contratto a Tempo indeterminato/determinato, al fine di poter fruire dei benefici della Legge 104/92:

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

il/la sig/ra _____ nato/a _____ il _____

Portatore di Handicap grave accertato dall'ASL di _____ in data _____

ha il seguente grado di parentela con lo/la scrivente _____

che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuati o ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a

che è convivente con il sottoscritto/a
(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap
- di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap in via esclusiva ed a carattere continuativo, in quanto
 - nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato
 - pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica
 - pur essendo presenti altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità di cui si produce autocertificazione
- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

Firma del richiedente

ALLEGATI

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;

Per presa visione:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dr.ssa Rosa ESCA