Al Dirigente Scolastico

Del Liceo Classico Casardi di Barletta

**Oggetto: Istanza per fruire dei benefici previsti dalla L. 104/92 per l’assistenza a familiari disabili 2022/23.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio in questo Liceo in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di poter usufruire nel corrente a.s. 2022/2023 dei benefici previsti dalla L. 104/1992 per chi assiste un familiare in situazione di handicap, e tanto allo scopo di prestare assistenza al signor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legato allo/a scrivente dal seguente grado di parentela/affinità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti come richiamate dall’art. 76 del D.P.R. del 28.12.2000 n° 445,

**DICHIARA,**

**ai sensi dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000**,

 che la certificazione di handicap rilasciata dalla Commissione medica ASL ha la seguente scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- che la persona oggetto dell’assistenza è residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a una distanza di km \_\_\_\_\_ dalla propria abitazione;

 - che la persona oggetto dell’assistenza non è ricoverata a tempo pieno e che ogni eventuale variazione di tale condizione dovrà essere comunicata alla S.V. tempestivamente e per iscritto;

- di prestare assistenza adeguata e sistematica al familiare precitato; - di essere l’unico lavoratore a richiedere e a fruire dei benefici previsti dalla L. 104/1992 per l’assistenza al parente/affine sopra indicato;

- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni 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 essere consapevole che il riconoscimento delle agevolazioni comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

 - di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

**DICHIARA,**

**inoltre, ai sensi dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000,**

* **di non avere congiunti lavoratori dipendenti** che hanno diritto ad avvalersi dei benefici di cui all’art. 33 co. 3 della Legge 104/1992 per l’assistenza al disabile sopra indicato;
* **di avere i seguenti congiunti, lavoratori dipendenti, i quali, si avvalgono** dei benefici di cui all’art. 33 co. 3 della Legge 104/1992 per l’assistenza al disabile sopra indicato;

1 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **di avere i seguenti congiunti, lavoratori dipendenti, i quali, NON si avvalgono dei benefici** di cui all’art. 33 co. 3 della Legge 104/1992 per l’assistenza al disabile sopra indicato;

1 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*2 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ove gli spazi non fossero sufficienti, andrà predisposta e allegata specifica dichiarazione)

Alla presente allega copia autenticata del verbale della Commissione medica ASL per il riconoscimento dell’handicap (solo per le nuove richieste o per i verbali rivedibili)

Barletta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma