

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC FRATTAMAGGIORE 3 "GENOINO"

MODULO CONFERMA FRUIZIONE BENEFICI LEGGE 104/1992

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ il _____ Codice Fiscale _____ residente in _____
_____ via _____
cap _____

In servizio presso questa istituzione scolastica nel ruolo di _____ con
contratto a tempo _____,

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000,

consapevole delle sanzioni penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

DICHIARA

Che permane il diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i

_ A titolo personale

_ per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità

che la documentazione presentata nel precedente a.s. 2025/26 è in corso di validità e dunque continuano a sussistere i presupposti per la fruizione dei benefici di cui alla L.104/92.

A tal fine, il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa.

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- ☐ Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- ☐ il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- ☐ il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;

I__I ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;

I__I ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;

Il sottoscritto dichiara inoltre che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave ovvero che il seguente familiare _____ dipendente presso _____ beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave. Di essere consapevole che in caso di fruizione dei benefici da parte di più parenti e/o affini i giorni di permesso sono fruibili alternativamente e non possono superare il limite previsto dei tre giorni mensili.

Il/la sottoscritto/a, _____ che presta assistenza nei confronti del disabile _____ dichiara 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 nei periodi dichiarati.

Il sottoscritto dichiara che è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza e che al fine di garantire la funzionalità del servizio e la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, predispone, di norma, una programmazione mensile dei giorni o delle ore in cui intende assentarsi, da comunicare all'ufficio di appartenenza all'inizio di ogni mese. In caso di necessità ed urgenza, che dovrà essere adeguatamente documentata, la relativa comunicazione sarà presentata nelle 24 ore precedenti la fruizione dello stesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui utilizzerò il permesso.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati da questa amministrazione esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni.

I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

LUOGO E DATA

FIRMA IL DICHIARANTE

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA

PROT. N. _____ DEL _____

VISTO IL DS DOTT.SSA ANGELA CECERE