Al Dirigente Scolastico

I.C. “Capol DD ”

San Nicola La Strada

DICHIARAZIIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER IL GODIMENTO DEI BENEFICI DELLA L 104/92

**art. 46 e 47 del DPR 445/2000**

\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio nell’a. s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato/determinato/supplenza breve in sostituzione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28.12.2000,così come modificato ed integrato dall’art.15 della legge 16 gennaio 2003 n°3,consapevole delle sanzioni penali,nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 del citato D.P.R. n°445/2000 sotto la propria disponibilità,

**DICHIARA**

* che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
* che è 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;
* che è 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;
* che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

□di avere il seguente rapporto di parentela:genitore/coniuge/figlio/nipote/zio con \_\_l\_\_ Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, disabile in situazione di gravità, nat\_\_ a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f. \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_;

□di essere affidatario del sig. \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, c.f. \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ soggetto portatore di handicap grave,con atto del tribunale di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
□che il suddetto soggetto disabile è residente /domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   
□ che il suddetto soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati , che lo stesso non usufruisce di assistenza domiciliare da parte dall’ A.S.L. ;

□di svolgere nei confronti del suddetto soggetto disabile **attività di assistenza** con carattere **continuativo** ed **in via esclusiva**, che perdurerà per tutta la durata dell’anno scolastico in corso;

□di essere l’unico convivente con il suddetto soggetto disabile nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_ quindi

vengono omesse le dichiarazioni degli altri soggetti tenuti per legge all’obbligo di assistenza;

□di essere l’unico soggetto tenuto per legge a prestare tale assistenza al predetto soggetto disabile;  
□di non essere l’unico soggetto tenuto per legge ad assicurare assistenza, ma che gli altri soggetti di cui all’allegato elenco:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela | note |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

non sono nelle condizioni di assicurarla per i motivi di cui alle allegate dichiarazioni;

□di avere interrotto una preesistente situazione di assistenza continuativa ed in via esclusiva nei confronti del predetto disabile, per stipula nell’a. s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 10 della L 675/96 e art. 7 del DL 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

San Nicola La Strada,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega :

* fotocopia documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_\_\_\_
* verbali commissione medica n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_