

Modello - AUTOCERTIFICAZIONE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo
"CARDUCCI - PAOLILLO"
CERIGNOLA – FG

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art.47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ via _____ n° _____,
in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____
a tempo _____,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sotto la mia responsabilità

D I C H I A R O

ai sensi della Circ. F.P. n. 13/2010, punto 7, di:

- Di essere il/la solo/a ad utilizzare i benefici previsti dalla Legge 104/92 nei confronti del/la disabile Sig./ra _____, nato/a a _____ il _____ Cod. Fisc. _____, **dichiarato/a portatore/trice di handicap in situazione di gravità** (art. 3 comma3) dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'Handicap il _____, e che lo/la stesso/a, attualmente, è assistito/a in maniera continuativa dolo dal/la sottoscritto/a.

1. Prestare assistenza nei confronti di _____, nato a _____, il _____ portatore di handicap in situazione di gravità non ricoverato a tempo pieno per il quale sono chieste le agevolazioni previste per l'assistenza delle persone che si trovino in tale condizione; (ovvero, nel caso in cui l'handicappato sia lo stesso lavoratore dipendente, 1 – di essere io stesso lavoratore portatore di handicap in situazione di gravità per cui necessito delle agevolazioni previste per la mia situazione di disabilità);
2. Di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta da parte mia la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la mia opera di assistenza;
3. 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;
4. Di impegnarmi a comunicare entro 30 giorni ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 7-bis, legge n. 104/1992 e Circ. Inps n. 155/2010, punto 4), in particolare ricovero a tempo pieno dell'assistito, revoca del giudizio di gravità, modifiche dei permessi richiesti, eventuale decesso del disabile).
5. (per il caso di congedo fino a 2 anni di cui all'art. 42, co da 5 a 5-quinquies, del D.Lgs. 26/3/2001 n. 151), mi impegno a non esercitare alcuna attività lavorativa durante il periodo di congedo fruito, secondo quanto

previsto dall'art. 4, co. 2, della legge n. 53/2000, richiamata dall'art. 42, co. 5-quinquies, del D.Lgs. n. 151/2001).

Si allega :

- Modello richiesta da parte del fruitore;
- Dichiarazione del disabile per assistenza esclusiva e continuativa da parte del fruitore;
- Dichiarazione a firma dei germani in ordine alla mancata fruizione delle agevolazioni, con allegati documenti d'identità;
- Verbale della Commissione medica per l'accertamento della invalidità civile;
- Copie documenti d'identità di tutti in corso di validità (copia prodotta per entrambe le facciate su un'unica pagina).

_____, li _____

IL/LA DICHIARANTE
