Prot.n. Barletta

Al Dirigente Scolastico

 Dell’Istituto Comprensivp

 “Musti-Dimiccoli”

 Barletta (BT)

OGGETTO: Verifica annuale requisiti per i permessi L. 104/92 – ANNO \_\_\_\_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso la Direzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C O M U N I C A

per l’anno\_\_\_\_\_ la prosecuzione alla fruizione dei permessi previsti dall’art. 33 della L. 104/92 per:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome e nome del familiare con handicap grave)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (grado di parentela)\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (codice fiscaledel familiare con handicap grave)

A TAL FINE DICHIARA CHE

- il disabile è in vita;

- la situazione che aveva dato titolo ad usufruire di tali benefici non è variata;

- il disabile non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate

al punto 5 della Circ. Min. Funz. Pubblica n. 13/2010);

- nessun altro familiare fruisce dei permessi in oggetto per lo stessa persona portatrice di handicap

grave (unica eccezione i genitori per i figli, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente).

E ASSERISCE CHE

- presta assistenza nei confronti del disabile per il quale chiede le presenti agevolazioni;

- 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;

- 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;

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da

cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti.

In fede

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