

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC 1 INTERCOMUNALE
RAVENNA/CERVIA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza a:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data e luogo di nascita _____ Residente a _____,

riconosciuto/a invalido/a, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L., che si allega.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa
– D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA¹

di assistere in via SISTEMATICA e ADEGUATA la persona sopra indicata;

che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____ Data di nascita _____
Residente a _____ non può fornire assistenza perché ² _____;

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____ Data di nascita _____
Residente a _____ non può fornire assistenza perché ³ _____;

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____ Data di nascita _____
Residente a _____ non può fornire assistenza perché ⁴ _____;

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____ Data di nascita _____
Residente a _____ non può fornire assistenza perché ⁵ _____;

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

¹ barrare solo le caselle che interessano.

² Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata alla fine di questo modello di autocertificazione.

³ Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata alla fine di questo modello di autocertificazione.

⁴ Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata alla fine di questo modello di autocertificazione.

⁵ Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata alla fine di questo modello di autocertificazione.

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. E' di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
4. E' Studente/Studentessa;
5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. E' di età superiore a 65 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta; per gli invalidi di età inferiore a 65 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo;
7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. E' privo/a di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare) _____.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

Data _____

Il/la Dichiarante

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****

ISTITUTO COMPRENSIVO 1 INTERCOMUNALE RAVENNA/CERVIA

Ai sensi dell'art. 38 (L-R) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445, attesto che il/la Sig./Sig.ra

_____ preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Artt. 75 (R) e 76 (L) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445), ha reso e sottoscritto in mia presenza la suetesa dichiarazione.

Castiglione di Ravenna, li _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Cristina Ambrogetti

Esente da autentica ai sensi dell'art. 38 T.U. – D.P.R. 28/12/2000, n° 445 ed esente da bollo ai sensi dell'art. 37 T.U. D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Castiglione di Ravenna, li _____

Motivi eventuale diniego:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Cristina Ambrogetti
