

PERSONALE ATA

DICHIARAZIONE PER FRUIRE DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____
il ____/____/____ residente a _____ via _____ n° _____
titolare presso _____ per il profilo di _____

in servizio nel corrente anno scolastico presso _____
avendo chiesto di beneficiare della precedenza prevista dalla legge 104/92, *'consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000*

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del DPR.n. 445 del 28.12.2000, come modificato e integrato dall'art. 15 della L. n.3 del 16.01.2003 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011, di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- ☐ Disabile di cui all'art. 21 della legge 104/92 - punto III art. 40 CCNI
- ☐ Persona non necessariamente disabile bisognosa di cure per gravi patologie - punto III art. 40 CCNI
- ☐ Disabile con connotazione di gravità di cui all'art. 33 comma 6 della legge 104/92 – punto III art. 40 CCNI
- ☐ Assistenza a persona disabile di cui all'art. 33 comma 5 e 7 della legge 104/92 – punto IV art. 40 CCNI

Per la precedenza da ultimo citata prevista dall'art. 40 punto IV (art. 33, comma 5 e 7 Legge 104/92)

DICHIARA

- ☐ di avere il seguente rapporto di parentela:
- ☐ genitore del/della
- ☐ coniuge del/della
- ☐ figlio del/della
- ☐ fratello o sorella convivente con il/la
- ☐ di essere stato individuato dall'A.G. quale tutore legale dell'/della

ASSISTITO/A

¹Contrassegnare con una "X" la propria condizione.

²Cancellare le voci che non interessano.

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

il ____/____/____, domiciliat _ nel comune di _____ (Prov. _____)

in via _____ n. _____ disabile in situazione di gravità come da allegata

certificazione al riguardo;

- ☐ *(solo per i fratelli o sorelle conviventi di soggetto disabile) >*

che i genitori, sig. _____ e sig.ra. _____ del disabile sono scomparsi rispettivamente il _____ ed il _____ ovvero sono impossibilitati ad occuparsi del _____ figli _____ perchè totalmente inabili, come risulta dalla documentazione allegata alla presente dichiarazione;

- ☐ *(solo per i fratelli o sorelle conviventi di soggetto disabile) >*

di essere anagraficamente 'il fratello/sorella convivente del soggetto disabile in situazione di gravità, unicamente in grado di prestare assistenza continuativa allo stesso in quanto entrambi i genitori sono deceduti /totalmente inabili.

- ☐ *(solo per il figlio del soggetto disabile) >*

che il coniuge del suddetto disabile è deceduto/non è in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive, come da documentazione allegata;

- ☐ di aver usufruito nel corrente anno scolastico dei giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza al familiare disabile ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001.
- ☐ che il/la Sig. _____ non usufruisce di assistenza domiciliare da parte della ASL;
- ☐ che il/la Sig. _____ 'non è ricoverat_ a tempo. pieno presso istituti specializzati;
- ☐ di essere convivente con il/la suddett_ sig. _____ nel Comune di _____ (Prov. _) in via _____ n. _;

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.vo 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.

Data, _____

FIRMA

Per l'attribuzione della precedenza per l'assistenza al fratello la convivenza è indispensabile.