

DOCENTI

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

Il/La sottoscritt _____ nat a _____

il ____/____/____ residente a _____ via _____ n° _____

in qualità di insegnante di scuola _____ titolare presso _____

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. 13 CCNI
- Persona non necessariamente disabile bisognosa di cure per gravi patologie - punto III art. 13 CCNI
- Disabile con connotazione di gravità di cui all'art. 33 comma 6 della legge 104/92 – punto III art. 13
CCNI
- Assistenza a persona disabile di cui all'art. 33 comma 5 e 7 della legge 104/92 – punto IV art. 13 CCNI

Per la precedenza da ultimo citata prevista dall'art. 13 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.