

Al Dirigente Scolastico dell ' I.C. DON LORENZO MILANI
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (*)

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403)
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ (____) in _____ n° _____

domiciliato a _____ (____) in _____ n° _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ dal _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in Materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici della legge 104/92 Art.3 c.3 per assistere il/la
Sig./Sig.ra _____

quale _____ (indicare tipo di parentela rispetto all'assistito)

nato/a il _____ a _____ CF: _____

residente a _____ (____) in _____ n° _____

domiciliato a _____ (____) in _____ n° _____

DICHIARA (*)

- **che la persona in situazione di handicap ai sensi della L.104/92 art.33 commi 5 e 7 dallo/a scrivente assistita non è ricoverata a tempo pieno o a lunga degenza presso struttura pubblica o privata;**
- **che nulla è cambiato rispetto all'anno scolastico scorso e che la documentazione è agli atti della scuola;**
- **che, essendo la prima richiesta, allega obbligatoriamente:**
 - fotocopia certificazione rilasciata dall'INPS;**
 - dichiarazione della volontà dell'assistito di volersi far assistere dal richiedente (allegare copia documento di identità e C.F.)**
 - dichiarazione personale di prestare assistenza continuativa in via esclusiva o insieme a _____ dei permessi della legge 104/92;**
 - dichiarazione dell'altro fruitore, con indicazione dettagliata e contatti del datore di lavoro (allegare copia documento di identità e C.F.);**

AGEVOLAZIONI (per la rilevazione annuale PERLAPA):

SI NO - Avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita nell'anno _____;

**SI NO - Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime part-time dal giorno
//_ al giorno _/_/_ tipo _____ percentuale _____;**

**SI NO - Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno dal giorno
//_ al giorno _/_/_.**

Civitavecchia, ____/____/____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

(*) – soggetta a verifica a norma di legge e a cura dell'Amministrazione