



Numero di Protocollo: 2640

N.2640 A0008092017 - istsc_CEEE01200B - 81003120615

Direzione Didattica Statale 3° Circolo

Via Canduglia, 1 - 81031 Aversa (CE)



DIREZIONE DIDATTICA STATALE III CIRCOLO

Via Canduglia, 1 81031 Aversa (Ce) Tel. 081/8141844 – Fax 081/8149928

Cod.F. 81003120615 – Cod. Mecc. CEEE01200b

E-mail ceee01200b@istruzione.it

www.3circolodidatticoaversa.gov.it

A tutto il personale
beneficiario della L.104/92

Sede

Al sito Web

Oggetto: **Beneficio permessi di cui alla Legge n°104/92 art. 3 comma 3**

Si informa il personale in indirizzo che, al fine di confermare la concessione dei benefici di cui all'oggetto anche per l'a.s. 2017-2018, è necessario rinnovare l'istanza per le agevolazioni previste dalla legge e di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione, presentando apposita documentazione presso gli uffici di segreteria, entro 5gg dalla data odierna.

Nello specifico il dipendente è tenuto a presentare:

- il verbale della commissione medica di verifica, dalla quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave, nonché se del caso, il certificato medico con la patologia invalidante di cui all'art. 33, comma 3 della L. 104/92
- le dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 relative alla sussistenza delle condizioni che legittimano la concessione delle agevolazioni.

Con l'occasione si ricorda, a coloro i quali ne usufruiscono per altra persona, che **i permessi non possono essere utilizzati per l'assistenza durante i ricoveri ospedalieri o in altre strutture diverse dal domicilio**, fatti salvi i casi in cui la richiesta sia accompagnata dalla documentazione medica che prescrive tale presenza come necessaria durante il ricovero.

Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi gli interessati dovranno **comunicare al dirigente le assenze dal servizio con congruo anticipo (almeno 3gg)**, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività lavorative.

In attesa dei decreti disposti dal DS, le SS.LL. possono usufruire dei permessi retribuiti per motivi familiari o personali.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Anna Lisa MARINELLI

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art 3 comma 2 del D.L. n° 39/1993



Numero di Protocollo: 2640

N.2640 A0008092017 - istsc_CEEE01200B - 81003120615

Direzione Didattica Statale 3° Circolo

Via Canduglia, 1 - 81031 Aversa (CE)

Al Dirigente scolastico della
Direzione Didattica Statale 3° Circolo
Aversa

**Oggetto : DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER IL
GODIMENTO DEI BENEFICI DELLA L 104/92 (artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del
28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a,
c.f.....nato/a il a e residente in
....., alla via, n°, in servizio
nell'a. s..... presso.....
con la qualifica di, con contratto a tempo.....

ai sensi del D.P.R.n°445 del 28/12/2000, così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge
16 gennaio 2003 n°3, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del citato D.P.R. n°445/2000,sotto la propria
personale responsabilità,

DICHIARA

di essere portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92.
Pertanto, in applicazione dell'art. 21 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , di beneficiare delle
agevolazioni per le esigenze della propria persona.
Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 10 della legge n° 675/96 e
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 .

Allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)



Numero di Protocollo: 2640

N.2640 A0008092017 - istsc_CEEE01200B - 81003120615

Direzione Didattica Statale 3° Circolo

Via Canduglia, 1 - 81031 Aversa (CE)

Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica Statale 3° Circolo
Aversa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, ex art. 46 e 47 del DPR 445/2000, di certificazione per il godimento dei benefici ai sensi dell'art.42 C-5/5 quinquies del D.lgs 151/2001

Il sottoscritt _____ C.F. _____

nat il _____ a _____ e residente in _____

_____ via _____

in servizio nell'a. s. _____ con la qualifica di _____
con contratto a tempo indeterminato/determinato/supplenza breve in sostituzione di _____ ai
sensi del D.P.R. n° 445 del 28.12.2000, così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge 16 gennaio
2003 n°3, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni o uso di atti
falsi richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. n°445/2000 sotto la propria disponibilità,

DICHIARA

- che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- che 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;
- che 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;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- di aver già prodotto la documentazione necessaria per il riconoscimento del beneficio ai sensi della L 104/92 per _____ prot. n _____ del _____;
- di avere il seguente rapporto: genitore/coniuge/figlio/nipote/zio/affidatario con _____ I
Sig. _____, disabile in situazione di gravità, nat _____ a
_____ Il _____ c.f. _____

residente in _____ cap. _____

via _____ n _____;

- che ha/non ha già usufruito del congedo di cui alla presente richiesta dal _____ al _____ per un totale di gg. _____

CHIEDE

Di poter usufruire di un periodo di congedo ai sensi dell'art. 42 comma 5/5 del Dlgs 151/2001

dal _____ al _____; per un totale di giorni _____.

In fede

Dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della L 675/96 e art. 7 del DL 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

Allega :

- fotocopia documento di riconoscimento



Numero di Protocollo: 2640

N.2640 A0008092017 - istsc_CEEE01200B - 81003120615

Direzione Didattica Statale 3° Circolo

Via Canduglia, 1 - 81031 Aversa (CE)

Al Dirigente Scolastico

del 3° Circolo di Aversa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER IL GODIMENTO DEI BENEFICI DELLA L 104/92 art. 46 e 47 del DPR 445/2000

L. sottoscritt _____ C.F. _____

nat. il _____ a _____ e residente in _____

_____ via _____

in servizio nell'a. s. _____ con la qualifica di _____

con contratto a tempo indeterminato/determinato/supplenza breve in sostituzione di _____

ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28.12.2000,così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge 16 gennaio 2003 n°3,consapevole delle sanzioni penali,nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. n°445/2000 sotto la propria disponibilità,

DICHIARA

di avere il seguente rapporto di parentela:genitore/coniuge/figlio/nipote/zio con _____
Sig. _____, disabile in situazione di gravità, nat. a _____

_____ Il _____ c.f. _____
_____ residente in _____ cap. _____ - via _____

_____ n. _____;

che non può prestare assistenza al disabile in situazione di gravità per la seguente motivazione

che non interrompe una prestazione precedente

In fede

Dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della L 675/96 e art. 7 del DL 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

Aversa ,

In fede

Allega :

- o fotocopia documento di riconoscimento n° _____



Numero di Protocollo: 2640

N.2640 A0008092017 - istsc_CEEE01200B - 81003120615

Direzione Didattica Statale 3° Circolo

Via Canduglia, 1 - 81031 Aversa (CE)

Al Dirigente Scolastico

del 3° Circolo di Aversa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER IL GODIMENTO DEI BENEFICI DELLA L 104/92 art. 46 e 47 del DPR 445/2000

__L__ sottoscritt _____ C.F. _____

nat__ il _____ a _____ e residente in _____

_____ via _____

in servizio nell'a. s. _____ con la qualifica di _____

con contratto a tempo indeterminato/determinato/supplenza breve in sostituzione di _____

ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28.12.2000,così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge 16 gennaio 2003 n°3,consapevole delle sanzioni penali,nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. n°445/2000 sotto la propria disponibilità,

DICHIARA

- che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- che 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;
- che 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;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

di avere il seguente rapporto di parentela:genitore/coniuge/figlio/nipote/zio con __I__
Sig. _____, disabile in situazione di gravità, nat__ a

_____ il _____ c.f. _____

residente in _____ cap. _____ - via

_____ n _____;

di essere affidatario del sig. _____ c.f. _____

_____ soggetto portatore di handicap grave,con atto del tribunale di

_____ n° _____ del _____;

che il suddetto soggetto disabile è residente /domiciliato nel comune di _____;

che il suddetto soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati , che lo stesso non usufruisce di assistenza domiciliare da parte dall' A.S.L. ;



Numero di Protocollo: 2640

N.2640 A0008092017 - istsc_CEEE01200B - 81003120615

Direzione Didattica Statale 3° Circolo

Via Canduglia, 1 - 81031 Aversa (CE)

di svolgere nei confronti del suddetto soggetto disabile **attività di assistenza** con carattere **continuativo** ed **in via esclusiva**, che perdurerà per tutta la durata dell'anno scolastico in corso;

di essere l'unico convivente con il suddetto soggetto disabile nel comune di _____ alla via _____ n _____ quindi vengono omesse le dichiarazioni degli altri soggetti tenuti per legge all'obbligo di assistenza;

di essere l'unico soggetto tenuto per legge a prestare tale assistenza al predetto soggetto disabile;

di non essere l'unico soggetto tenuto per legge ad assicurare assistenza, ma che gli altri soggetti non sono nelle condizioni di assicurarla per i motivi di cui alle allegate dichiarazioni;

di avere interrotto una preesistente situazione di assistenza continuativa ed in via esclusiva nei confronti del predetto disabile, per stipula nell'a. s. _____ di contratto a tempo _____;

altro _____

In fede

Dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della L 675/96 e art. 7 del DL 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

Aversa, _____

In fede _____

Allega :

- fotocopia documento di riconoscimento n° _____
- verbali commissione medica n° _____
- _____
- _____
- _____