

Dichiarazione per Precedenze legge 104

Dichiarazione personale del disabile (o amministratore di sostegno o tutore legale) per la facoltà di scelta (legge 104/92 - circolare Inps n. 90 del 23 maggio 2007)

l sottoscritt _..... nat_ il

___/___/___

a (.....)

portatore di handicap, così come da allegata certificazione medica rilasciata dalla competente commissione provinciale di cui all' art. 4 della L. 104/92 ;

Dichiara

sotto la propria responsabilità , ai sensi del T.U. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace e ai fini dei diritti previsti dall' art. 33 commi 5 e 7 della L. 104/92,

di scegliere quale familiare /affine che dovrà assistermi

l sig. _____ , nat_ il ___/___/___ a

_____ (_____)

Con relazione di parentela/affinità _____

Data.....

firma

DICHIARAZIONE PER FRUIRE DELLA PRECEDENZA L. 104/92

Per usufruirne, occorre allegare alla domanda di trasferimento (oltre alla certificazione medica dell'handicap) la seguente dichiarazione:

Il /La sottoscritt _____ docente (o personale ATA) di ruolo nella scuola o istituto _____ aspirante al trasferimento per l'anno scolastico _____, avendo chiesto di beneficiare della precedenza prevista dall'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003:

- di prestare assistenza in qualità di referente unico al sig. _____ (precisare il grado di parentela) residente/domiciliato nel comune di _____ dal _____;
 - che il/la sig. _____ non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti di cura;
 - (in caso di assistenza a genitore disabile grave) che non vi è il coniuge, né vi sono altri fratelli/sorelle, oltre al /alla sottoscritto/a, idoneo/a a prestare assistenza perché _____ (motivare) e pertanto di essere l'unico/a membro della famiglia in grado di provvedere a ciò;
 - (in caso di assistenza a genitore disabile grave) che non ci sono stati altri familiari che hanno fruito dei 3 gg. di permesso mensile ai sensi dell'art. 33 c. 3 della L. 104 a decorrere dal 1 settembre dell'anno in corso (oppure: dalla data di rilascio della certificazione in corso d'anno scolastico) /ovvero/- di avere chiesto di fruire dei 3 giorni di permesso mensile ai sensi dell'art. 33. c. 3 della L. 104 per l'intero anno scolastico in corso (ovvero: ... di fruire del congedo di cui all'art. 42 c. 5 del d.lgs n. 151/01 al momento di presentazione della domanda);
 - (in caso di assistenza a fratello/sorella disabile grave) che i propri genitori sono scomparsi (ovvero) che i propri genitori non sono in grado di prestare assistenza perché totalmente inabili. Al fine di attestare tale stato si allega specifica certificazione di invalidità.
- Il sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente, e comunque non oltre il 10° giorno antecedente il termine ultimo di comunicazione al CED, ogni variazione dell'attuale situazione.
- In fede.

_____ lì _____ Firma _____

Note: è obbligatorio attestare lo stato di handicap con specifica certificazione medica rilasciata dalla competente ASL ed esprimere come prima preferenza il relativo comune di residenza oppure singole istituzioni scolastiche comprese nel predetto comune, che in ogni caso deve essere espresso dopo le singole preferenze. Va documentata anche l'impossibilità dell'assistenza da parte del coniuge.

N.B. Nel caso in cui il richiedente non sia l'unico/a figlio/a che conviva con il genitore disabile (situazione da autocertificare) e ci siano altri fratelli/sorelle occorre che ciascuno di questi dichiari (o documenti) che non si è in grado di prestare assistenza continuativa per motivi esclusivamente oggettivi. Pertanto ogni altro fratello/sorella membro della famiglia dovrà presentare la

Dichiarazione della pagina seguente:

Dichiarazione degli altri componenti il nucleo familiare dell'handicappato (una dichiarazione per ogni componente)

Il/La sottoscritto/a

_____ nat__ a _____
_____ prov. (____) il _____

Convivente/non convivente con il/la

Sig. _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____ , familiare
disabile, con il quale abitano nel Comune di _____ (_____
)

via _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare
assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi

.....
.....
.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne
beneficiario in precedenza.

_____ li, _____ Firma _____

Nota

(Una dichiarazione per ogni componente)