Al Dirigente Scolastico

Istituto Magistrale Statale

“Camillo Finocchiaro Aprile”

Palermo

**DICHIARAZIONE PER CHI VOGLIA FRUIRE DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 (da supportare con certificato medico della Commissione A.S.L. art.4 Legge 104/92 ovvero con certificato provvisorio Legge 243/93)**

* **Art. 13 comma 1 numero III – Personale disabile:**
* Che ..l.. sottoscritt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_si trova nelle condizioni di cui **all’art. 21** ovvero **art. 33,** sesto comma, ex Legge 104/92, come da allegata certificazione al riguardo;
* che ..l.. sottoscritt.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente nel comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

si trova nelle condizioni di cui **all’art.33, comma 6** ex Legge 104/92:come da allegata certificazione al riguardo**:(1)**

**Art. 13 comma 1 numero IV – Assistenza al coniuge\* al figlio al genitore e del tutore:**

* che ..l.. sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat... a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **residente/**o nel comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di cui è allegata la certificazione comprovante il trovarsi nelle condizioni di cui **all’art.33, comma 5** , ovvero **comma 7** ex Legge 104/92

ossia che l’assistito:

□ **a)** è figlio/a.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anche adottivi (nome e cognome)

coniuge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( nome e cognome)

genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( nome e cognome)

in tutela legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome cognome)

dichiara altresì che il soggetto da assistere è domiciliato nel COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**a 1)** di essere anagraficamente l’unico figlio/a del suddetto soggetto in situazione di gravità

□ **b)** all... stess... ..l.. scrivente presta assistenza continuativa, globale e permanente in quanto non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;

□ **c) documentata impossibilità del coniuge** del soggetto disabile Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di provvedere all’assistenza per motivi oggettivi (compilare la dichiarazione allegata) o di essere : stato civile □ vedovo/a

□ **d)** di essere il figlio referente unico **convivente** con il genitore disabile Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_;

□ **e)** di essere ...l... sol... figli.... **individuato come referente unico** in grado di prestare assistenza al genitore disabile Sig\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in quanto i seguenti altri figli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_non (compilare la dichiarazione allegata) sono in grado di effettuare **nel corso dell’anno scolastico** l’assistenza al genitore disabile in situazione di gravità, per le ragioni oggettive riportate nell’autocertificazione allegata rilasciata da ciascun figlio;

□ **f )** di essere l’unico figlio che ha chiesto **di fruire periodicamente nell’anno scolastico** in cui si presenta la domanda di mobilità, **dei tre giorni di permesso retribuito mensile** per l’assistenza, **ovvero** del congedo straordinario ai sensi dell’art.42 comma 5 del D.L. vo 151/2001;

□ **g)** di essere fratello o sorella convivente con il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soggetto handicappato in situazione di gravità, in quanto i genitori dello stesso sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono scomparsi rispettivamente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ovvero sono impossibilitati ad occuparsi del figlio perchè totalmente inabili, come risulta dalla loro documentazione di invalidità allegata alla presente dichiarazione;

□ **h)** ..l.. sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di poter fruire della prevista precedenza nei trasferimenti interprovinciali in quanto **obbligato** all’assistenza al sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **coniuge / figlia**. (*allegare la documentazione relativa*)

\**Anche ai sensi della legge 76 del 20 maggio 2016.*

L’assistenza con carattere di unicità esercitata dai beneficiari della precedenza ex art.33 commi 5 e 7, dovrà essere effettivamente svolta alla data di scadenza per la presentazione della domanda di mobilità e deve sussistere entro 10 giorni prima del termine ultimo della comunicazione al SIDI ed informare dell’eventuale cessazione di assistenza al famigliare disabile.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note**

**(1)** *il soggetto disabile che si trovi della condizione di cui all’art.21 o 33 comma 6 usufruisce di tale precedenza nell’ambito e per la provincia in cui è ubicato il comune di residenza, a condizione che abbia espresso come prima preferenza una o più istituzioni scolastiche comprese nel predetto comune oppure abbia espresso l’ambito corrispondente ad esso o alla parte di esso qualora intenda esprimere preferenze relative a scuole di altri comuni o ad altri ambiti o provincie.*

*Nella compilazione dell’autodichiarazione si prega di aver cura di compilare e contrassegnare le condizioni espresse (lettere) per poter usufruire del beneficio della precedenza.*