

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. ;

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° _____
- _____
- _____
- _____