Allegato 3

Al Dirigente Scolastico dell’IC “Denza-C.mare 4”

Dichiarazione personale cumulativa per il riconoscimento dei benefici ex art. 33 della L. 104/92 e ss.mm.ii.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di docente assunto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ordine di scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe di concorso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure personale ATA assunto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ profilo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ai sensi del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445, e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace, al fine di fruire dei benefici riconosciuti dall’art. 33, commi 3 e 5, della L.104/92 e ss.mm.ii.

**D I C H I A R A:**

* che il/la sottoscritto/a trovasi nelle condizioni di cui all’ art. 33, commi 3 e 5, della Legge 104/92 e ss.mm.ii;
* che il/la sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di cui è allegata la certificazione, trovasi nelle condizioni di cui all’art. 3, comma 3, L.104/92;
* che il familiare disabile per cui si richiedono i benefici ex L.104/92 è in vita;
* che il sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per cui si richiedono i benefici ex legge 104/92 è parente/affine di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado, in quanto (indicare il tipo di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dello/a scrivente;
* che il familiare disabile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non è ricoverato/a a tempo pieno presso strutture ospedaliere o pubbliche o private né in altre strutture sanitarie pubbliche o private che ne assicurino l’assistenza sanitaria continuativa e globale
* che il familiare disabile per cui si richiedono i benefici ex L.104/92 è residente alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di assistere costantemente il soggetto disabile per il quale richiede agevolazioni;
* di impegnarsi moralmente e giuridicamente ad assistere, realmente, l’ammalato;
* che è consapevole che la facoltà di fruire dei benefici comporta un onere per l’Amministrazione e un impiego di spesa pubblica per lo Stato e per la collettività;
* di impegnarsi a segnalare con tempestività qualsiasi cambiamento della situazione di fatto e di diritto dalla quale può scaturire la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
* di impegnarsi a comunicare, nella richiesta di fruizione dei permessi di cui all’art. 33, comma 3, della L.104/92, il/i nominativo/i di altri familiari maggiorenni, parenti o affini entro il terzo grado del familiare assistito, che intenderanno, eventualmente, avvalersi dei permessi di cui all’art.33, comma 3, della L.104/92.

Castellammare di Stabia, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’interessato

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**