



**RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92**

**MODULO B1**

Prot. N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
del CPIA N°1 di Cagliari

**OGGETTO:** Richiesta benefici legge 104/92 per assistenza a familiare

\_\_/\_\_/\_\_ Sottoscritt

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**NAT** \_\_ A \_\_\_\_\_ **STATO** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_/\_\_/\_\_

**CITTADINANZA** \_\_\_\_\_ **CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_ **PROV** (\_\_\_\_) **CAP.** \_\_\_\_\_

**IN VIA/PIAZZA** \_\_\_\_\_ **N°** \_\_\_\_\_

**IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO NELL'ANNO SCOLASTICO** \_\_\_\_/\_\_\_\_ **AL DISTRETTO N°** \_\_\_\_\_

**SEDE DI** \_\_\_\_\_

- In qualità di
- |                                                           |                                                          |                 |                                               |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>DOCENTE</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>COLLABORATORE SCOLASTICO</b> | Con contratto a | <input type="checkbox"/> <b>INDETERMINATO</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>PERSONALE TECNICO</b>         |                                                          |                 | <input type="checkbox"/> <b>DETERMINATO</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>ASSISTENTE AMMINISTRATIVO</b> |                                                          |                 |                                               |

**CHIEDE**

Il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

A tal fine, il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

A tal fine:

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art.33 comma 3 della Legge 104/1992 s.m.i., che:

1. assiste in via continuativa il portatore di handicap

indicare nome cognome e grado di parentela

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

2. Tale situazione di gravità è tutt'ora esistente non essendovi state variazioni alla dichiarazione della Commissione ASL (che si allega in copia)

3. L'assistit\* \_\_\_\_\_ in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo del/la sottoscritto/a.

4. Il dichiarante si avvale del beneficio dell'art. 33 legge 104 modificato dalla legge 53 dell'8 marzo 2000 art. 1 e 20 e dall'art. 3 del D.L. 30 giugno 2022 n. 105 con la seguente modalità:

- In via esclusiva
- In alternativa con i seguenti aventi diritto:

\_\_\_\_\_

Cognome, nome e grado di parentela

\_\_\_\_\_

Cognome, nome e grado di parentela

\_\_\_\_\_

Cognome, nome e grado di parentela

in quanto il coniuge o il genitore della persona con handicap:

- ha compiuto i 65 anni di età
- è affetto da patologie invalidanti
- è deceduto
- è mancante

5. il portatore di handicap grave:

- è convivente
- non è convivente e la distanza stradale tra la residenza del/la sottoscritto/a e della persona in situazione di handicap grave:
  - è inferiore ai 150 km
  - è superiore ai 150 km (in tal caso si impegna ad allegare alla presente richiesta titolo di viaggio o altra documentazione idonea che attesti il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito)

6. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità).

7. è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza

8. 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 per l'effettiva tutela dei disabili

Si allega alla presente:

copia della dichiarazione della Commissione ASL con gli OMISSIS;

copia del documento di identità proprio e dell'assistito/a

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

VISTA LA DOMANDA

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

\_\_\_\_\_

DIRIGENTE SCOLATICO