

OGGETTO: Autocertificazione per fruire dei benefici previsti dalla legge 104/92.
(da presentare all'inizio di ogni anno scolastico)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ (Prov. _____)

il / / in servizio presso l'I.P.E.O.A. "S. Pertini" di Brindisi, plesso _____

Al fine di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/1992 per prestare assistenza al
sig./alla sig.ra nato/a

il domiciliato/a in Comune di

via n.

con il/la quale ha il seguente rapporto di parentela/affinità

ai sensi dell'art. 26 della legge 15/1968, consapevole delle sanzioni previste dalla Legge nel caso di
dichiarazione mendace, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

☐ che la persona sopra indicato chiede di essere assistita in via esclusiva e continuativa dal/dalla
sottoscritto/a (come da allegato)

☐ che a persona sopra indicata è stata sottoposta a visita medica collegiale per l'accertamento dell'invalidità
dalla quale risulta che la stessa si trova nelle condizioni previste dall'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992
(invalidità grave) e allega copia del certificato medico (anche provvisorio) rilasciato dalla Commissione;

☐ di essere il solo parente/affine, **lavoratore** ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 a
favore della persona sopra indicata;

☐ che non esistono altri parenti o affini **convidenti** con la persona invalida, entro il **2° grado**, di età inferiore ai
65 anni, **non lavoratori**, che possano prestare assistenza alla persona invalida sopra indicata, ovvero entro il 3°
grado se i parenti e gli affini entro il 2° grado siano di età superiore ai 65 anni o essi stessi affetti da patologie
invalidanti;

☐ che la persona invalida sopra indicata è tutt'ora in vita e non è attualmente ricoverata in modo continuativo
presso alcuna struttura sanitaria e/o assistenziale;

☐ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza a favore 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;

☐ di essere 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.

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui
consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Data,

IL DICHIARANTE (firma leggibile)

.....

Primo grado di parentela	PARENTI: figli e genitori	AFFINI: suoceri, genero, nuora
Secondo grado di parentela	PARENTI: fratelli e sorelle, nonni, nipoti diretti (figli dei figli)	AFFINI: cognati/e
Terzo grado di parentela	PARENTI: nipoti indiretti (figli di fratelli), zii, bisnipoti e bisnonni	AFFINI: zii del coniuge

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA
DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt _____
nato/a a _____ (Prov _____) il ____/____/_____
C.F. _____ residente in _____ (Prov _____)
via/piazza _____ Cap _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per
dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara

- ☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl
di..... il..... ;
- ☐ di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;
- ☐ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per
se stesso;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente di grado del Sig./ra
in quanto

consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona
disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal/dalla Sig./ra
_____ nato/a a _____ (Prov _____) e residente a
_____ (Prov _____).

Luogo e data _____

Firma

DICHIARAZIONE
DI ALTRO COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE – CONVIVENTE CON LA PERSONA DISABILE ASSISTITA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ prov. (____) il _____, domiciliato/a nel

Comune di _____ in via _____ n. _____

Parente del/la Sig. _____, familiare disabile, in quanto suo

_____ (specificare la relazione di parentela o affinità),

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile sopraindicato per i seguenti motivi (vedi deliberazione INPS n. 32 del 7.3.2000):

- ☐ essere lavoratore dipendente e non beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992
- ☐ non essere lavoratore dipendente e di avere un'età superiore ai 70 anni con invalidità riconosciuta
- ☐ avere un'età inferiore ai 18 anni;
- ☐ non essere lavoratore dipendente ma essere affetto da patologia invalidante con infermità superiore ai 2/3 (si allega certificazione medica)
- ☐ di essere affetto da infermità temporanea, valutata dal medico dell'INPS, che impedisce di prestare la dovuta assistenza (allegare certificato del medico dell'INPS)
- ☐ di non essere in possesso di patente di guida (solo nel caso di necessità di trasporto della persona assistita)
- ☐ altro: _____

Data, _____

Firma (leggibile)
