

**DICHIARAZIONE DEI CONGIUNTI FINALIZZATA ALL'AMMISSIONE A
FRUIRE DEI PERMESSI E DELLA PRECEDENZA EX L. 104/92**

Il /La sottoscritt_____ (indicare il rapporto di parentela) di _____, individuato/a quale persona con handicap in situazione di gravità e _____ (indicare il rapporto di parentela) di _____, in servizio in qualità di _____ presso codesto Istituto Comprensivo, che ha chiesto di fruire dei benefici previsti dall'art. 33 della Legge n.104/92,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003, e nella piena consapevolezza delle responsabilità connesse al rilascio di dichiarazioni mendaci di **essere oggettivamente impossibilitato a prestare assistenza continuativa al familiare diversamente abile per i motivi oggettivi di seguito specificati:** _____

_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 della L. n. 104/92. In fede.

_____ li _____

Firma

Motivazioni oggettive secondo le indicazioni precisate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS e successive integrazioni e modificazioni, intervenute anche a seguito di sentenze:

- **riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100%** (quali le pensioni di inabilità o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate);
- **riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate** (quali le pensioni di invalidità civile, gli assegni di invalidità INPS, le rendite INAIL, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
- **età superiore ai 65 anni**, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
- **età inferiore ai 18 anni** (anche nel caso in cui non sia studente);
- **infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero;**
- **altre infermità temporanee, debitamente documentate**, certificati dal medico della Sede INPS o, in ogni caso, espressamente indicati nella certificazione medica attestante espressamente l'oggettiva impossibilità continuativa e l'impedimento a prestare la necessaria assistenza collegate allo stato di salute;
- **luogo di residenza dell'assistito e del richiedente e luogo di residenza degli altri fratelli/sorelle**, espressamente indicato nella dichiarazione personale di ogni fratello/sorella e tali da essere realmente di impedimento all'assistenza;
- **altre situazioni, che rappresentano causa di impossibilità a prestare assistenza**, che devono essere comunque rese sotto forma di dichiarazione di responsabilità: decesso dell'altro genitore; studenti fuori sede; detenuti e sottoposti a misure di restrizione della libertà personale; mancanza di permesso di guida, con conseguente impossibilità ad accompagnare il disabile per eventuali visite e/o terapie.

N. B. ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'