



MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITA' e della RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO
"MELVIN JONES – ORAZIO COMES"
e-mail: BAIC874009@istruzione.it
sito web: www.icjonescomes.it

via Melvin Jones, 11
Tel. / fax 080/887 68 54

70043 - Monopoli (Ba)
C.F. 93423560726

Prot. n°
CIRC.V.1

Monopoli, 02-08-2019

Al Personale Interessato
SEDI

OGGETTO: Benefici L.104/92 – Rinnovo annuale richiesta di fruizione dei benefici.

Al fine di consentire il rinnovo e la verifica annuale delle condizioni per usufruire dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 c. 3, tutto il personale interessato, già beneficiario dei permessi in parola, è invitato a compilare la dichiarazione di responsabilità allegata.

Si coglie l'occasione per ricordare che ai sensi dell'art. 7 della circolare 13/2010 Funzione Pubblica, salvo dimostrate situazioni di urgenza e/o imprevedibilità, per la fruizione dei permessi l'interessato dovrà comunicare al Dirigente Scolastico le assenze dal servizio con congruo anticipo, nello specifico stabilito per questo Istituto in almeno 3 giorni, e se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Annalisa LA TELLA)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "M.Jones-O.Comes"
Monopoli (Ba)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ (____), in relazione alla fruizione dei benefici concessi in applicazione dell'art. 33 della legge 104/92 (fruizione del diritto al permesso retribuito di n. 3 giorni mensili coperti da contribuzione figurativa) per l'assistenza al sig./sig.ra _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, o nel caso di formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità diretti a procurare indebitamente le prestazioni suddette, e di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione,

DICHIARA

- che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione della ASL non è scaduta e non ha subito modifiche;
- di essere l'unico referente del portatore di handicap grave e di svolgere l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto;
- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso una struttura pubblica o privata;

Inoltre, dichiara:

- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al 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 assumere, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso, fatte salve le situazioni di urgenza e/o imprevedibilità;
- di essere consapevole degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per la concessione del beneficio richiesto e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci;
- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni richieste con la presente istanza, in particolare:** eventuale ricovero a tempo pieno (24 ore) del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati; la revisione e revoca del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione Asl competente; la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari; la modifica ai periodi richiesti; l'eventuale decesso del disabile.

Monopoli, _____
