

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche

DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA A PERSONA CON DISABILITÀ AI FINI DELLA PRECEDENZA - L. 104/92, art. 33 commi 5 e 7

Il/La sottoscritto/a

nato/a il a prov.

residente a via/piazza n.

domiciliato a via/piazza n.

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ di **prestare assistenza** al Sig./alla Sig.ra

nato/a il a prov.

residente a via/piazza n.

domiciliato a via/piazza n.

che **il/la suddetto/a Sig./ra** è il/la proprio/a

☐ coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto ☐ figlio/figlia ☐ genitore ☐ fratello/sorella

oppure:

☐ che **il/la sottoscritto/a esercita la tutela legale nei confronti del/la suddetto/a Sig./ra a seguito di provvedimento dell'autorità giudiziaria competente**

☐ che **il/la suddetto/a Sig./ra è persona con disabilità e necessità di sostegno elevato**

(la particolare condizione fisica deve avere carattere permanente salvo il caso in cui la persona con disabilità sia il/la figlio/a
allegare certificato della commissione medica funzionante presso l'A.S.L. ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92)

☐ che **il/la suddetto/a Sig./ra non è ricoverato/a a tempo pieno presso un Istituto di cura specializzato**

DICHIARA

inoltre

di prestare assistenza alla **persona con disabilità e con necessità di sostegno elevato** in qualità di:

LETTERA g dell'art. 8 comma 1 punto IV

☐ di **genitore**

☐ di **fratello o sorella CONVIVENTE***

☐ qualora **entrambe** i genitori siano impossibilitati a provvedere all'assistenza al figlio/a perché affetti da patologie invalidanti
(allegare certificato medico)

☐ o abbiano compiuto i 65 anni di età

cognome e nome – data di nascita

☐ o siano deceduti

cognome e nome – data di decesso

(*il concetto di **convivenza** si riconduce anche a tutte le situazioni in cui sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso Comune, riferita allo stesso indirizzo, stesso numero civico anche se interni diversi – v. Circolare Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 18 febbraio 2010, prot. n. 3884)

LETTERA h dell'art. 8 comma 1 punto IV

☐ di **coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto**

LETTERA i dell'art. 8 comma 1 punto IV

☐ di prestare pertanto assistenza al genitore **in qualità di figlio/a** a condizione di aver il diritto a fruire nell'anno scolastico, in cui si presenta la domanda di mobilità annuale, dei giorni di permesso retributivo mensile per l'assistenza, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92, ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. 151/2001

LETTERA m-bis dell'art. 8 comma 1 punto IV

☐ **fratelli/sorelle NON CONVIVENTI** a condizione di aver il diritto a fruire nell'anno scolastico, in cui si presenta la domanda di mobilità annuale, dei giorni di permesso retributivo mensile per l'assistenza, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92, ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. 151/2001

☐ qualora entrambe i genitori siano impossibilitati a provvedere all'assistenza al figlio perché affetti da patologie invalidanti
(allegare certificato medico)

☐ o abbiano compiuto i 65 anni

cognome e nome – data di nascita

☐ o siano deceduti

cognome e nome – data di decesso

☐ **parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado** qualora i genitori o il coniuge o parte dell'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità:

☐ siano impossibilitati a provvedere all'assistenza perché affetti da patologie invalidanti
(allegare certificato medico)

☐ o abbiano compiuto i 65 anni

cognome e nome – data di nascita

☐ o siano deceduti

cognome e nome – data di decesso

☐ e a condizione di aver il diritto a fruire nell'anno scolastico, in cui si presenta la domanda di mobilità annuale, dei giorni di permesso retributivo mensile per l'assistenza, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92, ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. 151/2001,

Documentazione da allegare in forma cartacea/digitale

☐ certificazione medica o copia autenticata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92 attestante l'accertamento della necessità di sostegno elevato della persona con disabilità che si assiste (accertamento rilasciato dalle commissioni mediche presso le ASL)

☐ certificazione medica attestante l'invalidità

Dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali, di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni sulla documentazione amministrativa, in caso di dichiarazione mendace.

La firma autografa va apposta **solo** per le categorie di docenti tenute a presentare l'**istanza di mobilità** e relativi allegati su **modulo cartaceo**.

FIRMA

N..B. Le istanze e le dichiarazioni inviate on line sono equivalenti alle istanze e dichiarazioni sottoscritte con firma autografa ai sensi dell'art. 65 del Codice dell'Amministrazione Digitale.

In questo caso la presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto:

o sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.