

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER FRUIRE DELLA PRECEDENZA L. 104/92
(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt _____

nat_ a _____ (____) il ___/___/____ C.F: _____

residente in _____ (____) Via _____

consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, al fine di fruire dei benefici di cui agli artt. 21 e 33 commi 5, 6 e 7 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

DICHIARA

di fruire della precedenza di cui all'art. 21 della L.104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una propria condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92 oltre che un'invalidità superiore ai 2/3 (allegare verbali commissioni mediche attestanti la disabilità e il grado di invalidità);

di fruire della precedenza di cui all'art. 33, comma 6, della L. 104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una propria condizione di disabilità con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 (allegare verbale commissione medica);

di fruire della precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 L. 104/92 con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 (allegare verbale commissione medica), e di prestare assistenza in qualità di referente unico al sig. _____ (precisare il grado di parentela _____) , nato a _____, il ___/___/____, residente/domiciliato nel comune di _____

- che il/la sig. _____ non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti di cura;

- (in caso di assistenza a genitore disabile grave) che il coniuge del disabile cognome _____ nome _____ nato a _____ il ___/___/____ è impossibilitato a prestare assistenza per le seguenti condizioni oggettive: _____ (Va documentata con certificazione medica l'impossibilità dell'assistenza da parte del coniuge di cui andranno specificate le generalità, in caso di impossibilità dell'assistenza per motivi di salute);

- che non ci sono stati altri familiari che hanno fruito dei 3 gg. di permesso mensile ai sensi dell'art. 33 c. 3 della L. 104 nell'anno scolastico 2019/2020 e di avere chiesto nello stesso anno scolastico di fruire dei 3 giorni di permesso mensile ai sensi dell'art. 33. c. 3 della L. 104 per l'anno scolastico 2019/2020;

- (in caso di assistenza a fratello/sorella disabile grave) che i propri genitori sono scomparsi (ovvero) che i propri genitori non sono in grado di prestare assistenza per le seguenti condizioni oggettive : _____ (allegare eventuale certificazione medica rilasciata dalla competente ASL)

N.B. Nel caso in cui il richiedente non sia l'unico/a figlio/a e ci siano altri fratelli/sorelle occorre che ciascuno di questi dichiarare e documentare che non è in grado di prestare assistenza continuativa per motivi esclusivamente oggettivi. Pertanto ogni altro fratello/sorella membro della famiglia dovrà presentare la seguente dichiarazione, corredata da copia di documento di riconoscimento:

Il/la/le sottoscritt _____ (specificare la relazione di parentela) _____ del/la sig. _____ (familiare disabile) dichiara/dichiarano, sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000, come integrato dall'art.15 della legge 16 gennaio 2003, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza nel corso dell'anno scolastico al familiare disabile,

per i seguenti motivi _____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92.

Data, __/__/____

IL DICHIARANTE

.....

Allegare copia del documento di identità del dichiarante e di eventuali altri soggetti che abbiano reso dichiarazioni secondo quanto sopra indicato