Al Dirigente Scolastico

I.C. “G.RODARI – D.ALIGHIERI”

Casamassima (Ba)

**comunicazione di assistenza a un parente disabile**

Il sottoscritto \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica

**COMUNICA**

di avere diritto alle agevolazioni previste dalla normativa in materia di sostegno alle persone disabili in quanto presta assistenza sistematica ed adeguata a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_.

A tal fine **dichiara** sotto la propria personale responsabilità:

□ l’assistito è un parente/affine entro il terzo grado in quanto è il proprio \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

□ l’assistito si trova nella situazione prevista dall’art.3, comma 3° della Legge n.104/1992 (“situazione di gravità”), come risulta dalla certificazione che si allega

□ l’assistito non è ricoverato a tempo pieno in strutture specializzate

□ l’assistito svolge / non svolge attività lavorativa (**cancellare l’opzione inesatta**)

□ non sono presenti altri familiari idonei a fornire assistenza

□ sono presenti altri familiari idonei a fornire assistenza, perciò si allega:

* dichiarazione del disabile (o amministratore di sostegno o tutore legale) relativa alla scelta del sottoscritto quale assistente abituale
* dichiarazione del sottoscritto di accettazione dell’incarico

□ il sottoscritto risiede/lavora in luogo distante più di un’ora da quello in cui abita il disabile, perciò allega:

* Programma Annuale di Assistenza

|  |
| --- |
| Da compilare in caso di assistenza a più disabili |
| Il sottoscritto **dichiara** sotto la propria personale responsabilità:  □ nessun’altra persona può fornire assistenza al disabile  □ l’assistenza che il sottoscritto presta ad entrambi i disabili è esclusiva e continuativa  □ il disabile non svolge attività lavorativa  □ la natura dell’handicap impedisce al sottoscritto di sopperire congiuntamente alle necessità assistenziali nel corso dello stesso periodo (si allega idonea certificazione) |

**Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione alle situazioni sopra dichiarate.**

Casamassima, \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

(firma)

**VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_