



ISTITUTO COMPRENSIVO di FIANO  
C.F. n. 92028690011  
Via Castello, 7 – 10070 FIANO  
Tel. 011/9254261 – 9254552 Telefax -011/9255121  
e-mail: [segreteria@icfiano.com](mailto:segreteria@icfiano.com) [www.icfiano.gov.it](http://www.icfiano.gov.it)

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo di FIANO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ )  
residente a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

### CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza a:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_,

riconosciuto/a invalido/a, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L., che si allega.

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

### DICHIARA<sup>1</sup>

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
- che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché<sup>2</sup> \_\_\_\_\_;

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché<sup>3</sup> \_\_\_\_\_;

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché<sup>4</sup> \_\_\_\_\_;

<sup>1</sup> barrare solo le caselle che interessano.

<sup>2</sup> Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata alla fine di questo modello di autocertificazione.

<sup>3</sup> Vedi nota n° 2;

<sup>4</sup> Vedi nota n° 2;

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché <sup>5</sup> \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. E' di età inferiore a 18 anni;
4. E' Studente/Studentessa;
5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. E' di età superiore a 70 anni;
7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. E' privo/a di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare) \_\_\_\_\_.

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.**

\*\*\*\*\* (Spazio riservato all'ufficio) \*\*\*\*\*

**ISTITUTO COMPRENSIVO di Fiano**

Ai sensi dell'art. 38 (L-R) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445, attesto che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Artt. 75 (R) e 76 (L) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445), ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.

Fiano, lì \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Esente da autentica ai sensi dell'art. 38 T.U. – D.P.R. 28/12/2000, n° 445 ed esente da bollo ai sensi dell'art. 37 T.U. D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

\_\_\_\_\_  
(qualifica, cognome e nome e firma per esteso)

**VISTA** l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Fiano, lì \_\_\_\_\_

Motivi eventuale diniego: \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

<sup>5</sup> Vedi nota n° 2;