**MODELLO B Al Dirigente scolastico**

**1° CIRCOLO DIDATTICO DI QUARTO (NA)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Artt 46 e 47 del TU approvato con DPR n.455 del 28 dicembre 2000)**

**Allegata all’istanza presentata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il/La sottoscritto/a, cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_)**

**Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A conoscenza delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa contenute nel D.Lgs 445/2000 (TU in materia di dichiarazione sostitutiva di e, in particolare, delle sanzione penali previste dell’art. 76 in caso di dichiarazione mendace e non veritiere e, delle norme contenute nel D.Lgs. 165/2001 artt. 55 quater e 55 quinques, consapevole altresì, che l’amministrazione può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate ai sensi degli artt. 71 e seguenti del TU anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato**

**DICHIARA**

Che necessito delle agevolazioni per le necessità legate alla mia situazione di disabilità (disabile per se stesso);

che il familiare da assistere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parente e affine) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
ed è residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;

di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere

che il figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stato adottato/affidato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con atto della autorità competente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(come risulta dal provvedimento allegato)

che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM del 21 luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica rilasciata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ allegata (eccezione per il terzo grado);

che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono mancanti (eccezione per il terzo grado) per:

il coniuge ha compiuto 65 anni

il/i gentore/i hanno compiuto 65 anni

decesso

Assenza naturale (celibato) e/o giuridica( divorzio-separazione legale abbandono) del coniuge per\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assenza naturale (celibato) e/o giuridica( divorzio separazione legale abbandono) del/i genitore/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Che il familiare da assistere non è ricoverato/a a tempo pieno presso Istituti specializzati;

che il familiare da assistere è ricoverato a tempo pieno presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

che l’assistenza è prestata nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;

che sono consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la mia opera di assistenza;

che sono consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l’effettiva tutela del disabile;

che sono l’unico referente e che nessun altro familiare usufruisce a sua volta di permessi per l’assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il quale si chiedono i permessi mensili e al quale si presta assistenza;

che mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alla agevolazioni.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/ La Dichiarante

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