

ALLA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Allegata all'istanza presentata il _____)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
(Prov. _____) il _____ residente a _____ Via/n° _____
in servizio presso _____ come Docente () o personale ATA () (indicare)

A conoscenza e consapevole delle disposizioni legislative ivi riportate:

- Artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa") con particolare riferimento alle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del predetto D.P.R.: "*Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*";
- Norme di cui al D.Lgs. 165/01 art. 55 (quater e quinqes);
- Norme di cui alla Circolare della Funzione Pubblica (F.P.) n° 13/2010 "*Disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità*";

Consapevole altresì che l'amministrazione può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato chiedendone, se del caso, eventuale integrazione (Art. 8, Circ. F.P. 13/2010):

DICHIARA

- Che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla mia situazione di disabilità (disabilità per se stesso);
- Nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità per il quale sono chieste le relative agevolazioni (Referente Unico);
- L'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori.
- La persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno presso Istituti specializzati.

Dichiara altresì

- l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici (da rinnovare annualmente);
- che da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap (da rinnovare annualmente);
- che il figlio/a _____ è stato adottato/affidato in data _____ (data di ingresso del minore in famiglia) con atto competente _____ (come risulta dal provvedimento allegato) del _____;
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM n° 278 del 21 Luglio 2000, coma da certificazione medica rilasciata in data _____ dal _____ allegata alla domanda.

Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA

(Allegata all'istanza presentata il _____)

(Circ. 13/2013 Dipartimento Funzione Pubblica)

Il/La sottoscritto/a

_____ (COGNOME) _____ (NOME) _____ (LUOGO E DATA DI NASCITA)
 _____ (Prov. _____)

_____ (COMUNE DI RESIDENZA) _____ (VIA / N. CIVICO.)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Docente <input type="radio"/> A Tempo Determinato (T.D.) <input type="radio"/> A Tempo Indeterminato (T.I.) <input type="radio"/> Part-Time orizzontale _____ <input type="radio"/> Part-Time verticale _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ata <input type="radio"/> A Tempo Determinato (T.D.) <input type="radio"/> A tempo Indeterminato (T.I.) <input type="radio"/> Part-Time orizzontale _____ <input type="radio"/> Part-Time Verticale _____ | Note: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|

A corredo della domanda o a conferma della stessa per fruire dei permessi per l'assistenza a soggetti in condizione di handicap grave per l'anno scolastico _____ (l. 104/1992 art. 33), dichiara ai sensi di quanto previsto dalla Circolare della F.P. 13/2010, art. 7:

- Il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- Il dipendente è 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 propria opera di assistenza;
- Il dipendente è 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 dei disabile;
- **A seguito dell'accoglimento della domanda da parte dell'amministrazione, il dipendente dovrà comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici e dovrà aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione;**
- *"L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso"* (Art. 76, comma 2, DPR 445/2000). In caso di giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa, è prevista la comminazione del licenziamento, e l'art. 55 quinquies, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede, per la stessa ipotesi, la reclusione e la multa, oltre all'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subitodall'amministrazione;
- Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, **l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa;**
- Il dipendente è a conoscenza che l'art. 33, comma 3bis della l. n. 104 del 1992 prevede che "Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito".
- L'utilizzo improprio dei permessi della legge n. 104/1992 o l'abuso di tali permessi (es. svolgimento di altre mansioni o altra fruizione/uso durante la giornata di fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92) costituisce illecito amministrativo (indebita percezione del trattamento economico ai danni dell'INPS) e penale per reato commesso ai danni dello Stato.

Data,

Firma del dipendente _____