**ALLEGATO 2: DICHIARAZIONE BENEFICIARI L. 104/92**

Al Dirigente Scolastico

del Liceo Scientifico e Linguistico “Guglielmo Marconi” – Sassari

Prof.ssa Rita Cambula

**Oggetto:** **Dichiarazione beneficiari Legge 104/1992.**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_, titolare presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comunica di essere destinatario dei benefici previsti dalla Legge 104/92, così come modificato dalla Legge 53/2000, Legge 183/2010 e dal Decreto Legislativo 119/2011, come da documentazione e dichiarazioni allegate in busta chiusa.

Pertanto:

1. consapevoledelle responsabilità penalipreviste dall’articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, conseguenti alla falsità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del precitato D.P.R. in luogo di certificazioni amministrative e di atti di notorietà;
2. consapevole che le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni difformi o false, può subire una condanna penale e di decadere dagli eventuali benefici ottenuti, con consequenziale recupero,

***dichiara***

🞏di essere persona con disabilità di cui all’art. 21 della legge n. 104/92, comma \_\_\_\_ art. \_\_\_\_\_\_ e percentuale di invalidità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da certificazione allegata in fotocopia ed in busta chiusa;

***ovvero***

🞏 di prestare assistenza al proprio familiare, persona con disabilità che si trova nelle condizioni di cui all‘art. 33, commi 5 o 7 legge 104/92 grado di parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abitante a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , di cui è allegata, in busta chiusa, la relativa certificazione.

🞏 che la persona per la quale viene chiesto il congedo non è in atto ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

🞏 che la persona per la quale viene chiesto il congedo è in atto ricoverata a tempo pieno presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ma i sanitari della struttura hanno **richiesto la mia presenza come da allegati**;

🞏 l’utilizzo di permessi da parte di altri familiari per la stessa persona con disabilità in situazione di gravità;

***chiede***

la fruizione dei previsti permessi.

***si obbliga***

a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni

dichiarate con la presente autocertificazione, ed in particolare:

* il ricovero a tempo pieno della persona con disabilità in situazione di gravità;
* la revisione del giudizio di gravità della situazione disabilità da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento della disabilità in situazione di gravità;
* le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
* l’utilizzo di permessi da parte di altri familiari per la stessa persona con disabilità in situazione di gravità
* l’eventuale decesso della persona con disabilità in situazione di gravità.

\_l\_ sottoscritt\_, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa e per le finalità direttamente connesse e strumentali all’erogazione del servizio offerto con la presente istanza.

Il personale del Liceo *Marconi* di Sassari che tratterà i dati è incaricato e procederà al trattamento per le finalità per cui sono stati rilasciati e nel rispetto del Regolamento europeo 679/2016.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

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