**Modello B**

**Al Dirigente Scolastico**

**I.I.S.S. Francesco Saverio NITTI di Napoli**

**Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETà (Artt. 46 e 47 del TU approvato con DPR n. 455 del 28 dicembre 2000)**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio nell’a.s. \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ presso questa Istituzione Scolastica in qualità di:

**DOCENTE T.I T.D. Part-time orizzontale Part-time verticale per\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATA T.I. T.D. Part-time orizzontale Part-time verticale per\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

a conoscenza delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa contenute nel DPR 445/2000 (TU in materia di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e, in particolare, delle sanzioni 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 quinquies, 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,

**DICHIARO**

* 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, parte di un’unione civile, convivente di fatto, parente e affine entro il 2° o 3° grado)

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

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

* 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 genitore/i ha/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 la persona con disabilità da assistere non è ricoverato/a a tempo pieno presso Istituti specializzati;
* che la persona con disabilità da assistere è ricoverato a tempo pieno presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_
* che l’assistenza è prestata nei confronti della persona con disabilità 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

**SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI GENITORI DI FIGLI DISABILI**

* che l’altro genitore beneficia dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 e s.m.i., per lo stesso figlio disabile, alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo previsto dalla legge (si allega dichiarazione di responsabilità dell’altro genitore);
* che l’altro genitore non beneficia dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 e s.m.i., per lo stesso figlio disabile

**SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI UNICO BENEFICIARIO**

* che nessun altro familiare, parte di un’unione civile/convivente/parente/affine usufruisce a sua volta di permessi per l’assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per la quale si chiedono i permessi mensili e alla quale si presta assistenza

**SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DUE O Più BENEFICIARI PER LA MEDESIMA PERSONA DISABILE**

* che, oltre al/alla sottoscritto/a, risultano beneficiari in via alternativa di permessi mensili per l’assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per la quale si chiede di prestare assistenza:
* sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parte di un’unione civile, convivente di fatto, parente e affine entro il 2° o 3° grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parte di un’unione civile, convivente di fatto, parente e affine entro il 2° o 3° grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che la fruizione dei permessi ex art. 33 della L. 104/92 avverrà in via alternativa tra il/la sottoscritto/a e i sopraelencati beneficiari inderogabilmente nel limite complessivo di tre giorni per l'assistenza alla suddetta persona con disabilità
* che, all’atto della richiesta di fruizione dei permessi ex art. 33 della L. 104/92, il /la sottoscritto/a comunicherà il numero di permessi complessivamente già fruiti dai beneficiari
* che il/la sottoscritto/a è consapevole delle conseguenze civili e penali in ordine al mancato rispetto del vincolo dei tre giorni per l'assistenza alla medesima persona con disabilità previsto dalla vigente normativa in caso di più beneficiari

**SEZIONE DA COMPILARE DA PARTE DI TUTTI I RICHIEDENTI**

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

**Napoli \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ IL/LA RICHIEDENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMATIVA**

(art.13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e GDPR UE 679/2016))

La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l’espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente da personale dell’Istituzione Scolastica appositamente incaricato e non saranno comunicati a terzi, se non per l’espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumentazioni informatiche con modalità strettamente funzionali alle finalità indicate. Nei confronti di tali dati l’interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR UE 67972016 (compreso l’accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l’integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco).

Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico prof.ssa Annunziata Campolattano