ALLEGATO B

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "R. Scotellaro"
San Giorgio a Cremano (NA)

Oggetto: richiesta riconoscimento benefici ai sensi della L.104/92 – D. L. n. 105/2022

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____Prov.( ) il

_____ residente in _____ Prov. (____)alla Via _____

in servizio presso I.I.S. "Rocco Scotellaro" in qualità di Docente/ATA a tempo determinato/indeterminato

CHIEDE

Alla S.V. il riconoscimento dei benefici ai sensi della L.104/92, e, a tal fine,

DICHIARA

che sotto la **propria personale responsabilità e consapevole che**, ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, "Chiunque rilasci 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"

barrare le caselle che interessano:

☐ Che presta assistenza nei confronti di _____

nato/a a _____ Prov. (___) il _____

residente a _____ in Via _____,

il/la quale è in situazione di disabilità grave come da verbale della Commissione Medica allegato;

☐ Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a;

☐ Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____

☐ Che gli altri soggetti aventi diritto, in base al D.L. n. 105/2022, a prestare assistenza alla persona con disabilità grave sono:

- Nome, Cognome, grado di parentela, sede lavorativa:_____

  _____

- Nome, Cognome, grado di parentela, sede lavorativa:_____

  _____

☐ Che nessuno dei seguenti familiari (fratelli / coniuge / altro) _____

assiste il familiare in modo continuativo;

☐ Che pur avendo un grado di parentela / affinità di terzo grado il familiare non ha genitori o coniuge che lo possano assistere perché sono:

- o **mancanti (documentare)**
- o **affetti da patologie invalidanti (documentare)**
- o **ultrasessantacinquenni (documentare)**

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

In attesa di accoglimento della richiesta di cui sopra si allega copia del verbale della Commissione Medico Competente.

San Giorgio a Cremano, _____

In fede

_____