

ISTITUTO COMPRENSIVO "HERO PARADISO - S.G. BOSCO"

Piazza San Gaspare del Bufalo, 4 - 70029 Santeramo in Colle (BA)
C.F. 91147670722 - C.M. BAIC8AU00N - baic8au00n@istruzione.it - baic8au00n@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
Sede

Mod. 2 - DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E DI IMPEGNO

connessa alla fruizione dei permessi ex art. 33 della legge n. 104/1992

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
(Prov. _____)
codice fiscale _____ residente a _____ (Prov. _____) in _____
recapito telefonico _____ e-mail _____
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____ con contratto _____
☐ a tempo indeterminato
☐ a tempo determinato fino al _____
avendo presentato istanza di fruizione dei permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, prot. n. _____ del _____ e _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 del medesimo decreto, e consapevole che l'Amministrazione può disporre controlli sulla veridicità di quanto dichiarato e sulla permanenza dei requisiti,

DICHIARA E SI IMPEGNA

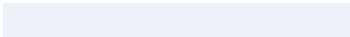
sotto la propria responsabilità, a comunicare per iscritto a questa Istituzione scolastica, tempestivamente e comunque entro trenta giorni dall'evento, ogni variazione delle notizie e delle situazioni autocertificate nella domanda, con particolare riferimento a:

1. ricovero a tempo pieno della persona con disabilità grave presso strutture ospedaliere o assimilate che assicurino assistenza sanitaria continuativa, salve le eccezioni ammesse;
2. revoca o modifica del giudizio di gravità da parte della Commissione medica di cui all'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992, integrata ai sensi dell'art. 20 del D.L. n. 78/2009, ovvero esito della visita di revisione in caso di verbale soggetto a rivedibilità;
3. cessazione, anche temporanea, dell'attività di assistenza, ovvero mutamento delle condizioni di convivenza o di distanza dalla residenza dell'assistito;
4. variazione dei soggetti che fruiscono dei permessi per la medesima persona con disabilità, in relazione al limite complessivo di tre giorni mensili;
5. modifica delle modalità di fruizione prescelte (giornaliera, oraria o mista);
6. decesso della persona con disabilità;
7. ogni altra circostanza da cui consegua il venir meno del diritto al beneficio.

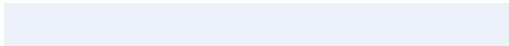
Dichiara altresì di essere consapevole che:

- ☐ i permessi costituiscono uno strumento di assistenza alla persona con disabilità e il loro riconoscimento comporta l'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza
- ☐ la fruizione dei permessi comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica sostenuto per l'effettiva tutela delle persone con disabilità
- ☐ l'utilizzo dei permessi per finalità diverse dall'assistenza costituisce, secondo la giurisprudenza consolidata, abuso del diritto, rilevante sul piano disciplinare e suscettibile di configurare ipotesi di responsabilità penale ed erariale
- ☐ di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 1, commi 723 e 724, della legge 30 dicembre 2025, n. 199,

l'Amministrazione può chiedere all'INPS l'accertamento della permanenza dei requisiti sanitari, anche in capo alla persona assistita, e trasmette mensilmente all'INPS, tramite il flusso UNIMENS, i dati relativi al permesso fruito e al soggetto per il quale è riconosciuto

Santeramo in Colle, 

Il/La dichiarante


(firma per esteso e leggibile)

N.B. Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.