

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
PER FRUIRE DELLA PRECEDENZA L. 104/92
(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt _____

nat_ a _____ () il __/__/____ C.F: _____

residente in _____ () Via _____

consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, al fine di fruire dei benefici di cui agli artt. 21 e 33 commi 5, 6 e 7 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

DICHIARA

☐ di fruire della precedenza di cui all'art. 21 della L.104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una **propria condizione di disabilità** ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92 oltre che un'invalidità superiore ai 2/3 (allegare verbali commissioni mediche);

☐ di fruire della precedenza di cui all'art. 33, comma 6, della L. 104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta **una propria condizione di disabilità** ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 (allegare verbale commissione medica), per il comune di residenza/domicilio;

☐ di fruire della precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 della L. 104/92 e di **prestare assistenza** al sig. _____ (precisare il grado di parentela _____), nato a _____, il __/__/____, residente/domiciliato nel comune di _____ (Provincia _____), con necessità di sostegno elevato o molto elevato, ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/92 (allegare verbale commissione medica);

- che il/la sig. _____ non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti di cura;

- (in caso di assistenza a genitore disabile) che il coniuge del disabile è impossibilitato a prestare assistenza per le seguenti condizioni oggettive:

(Va documentata con certificazione medica l'impossibilità dell'assistenza da parte del coniuge, in caso di impossibilità dell'assistenza per motivi di salute);

- (in caso di assistenza a fratello/sorella disabile) che i propri genitori sono scomparsi (ovvero) che i propri genitori non sono in grado di prestare assistenza per le seguenti condizioni oggettive: _____ (allegare eventuale certificazione medica rilasciata dalla competente ASL)

Il sottoscritto/a intende fruire, nell'anno scolastico 2026/2027, di almeno 1 dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza di cui all'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001".

Data, __/__/____

IL DICHIARANTE

Allegare copia del documento di identità del dichiarante e di eventuali altri soggetti che abbiano reso dichiarazioni secondo quanto sopra indicato