**AUTOCERTIFICAZIONE LEGGE 104/92**

 **ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 28.12.2000 n° 445, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della Legge 16 gennaio 2003 n° 3 e dall’art. 15 comma 1 della Legge 183/2011**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_**,** nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente di religione a tempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dichiara, secondo quanto stabilito **dall’art. 13 punto IV CCNI sulla mobilità per aa.ss. 2019/2022 e dall’art. 4 dell’O.M. 107 del 29 marzo 2021:**

* Di assistere, in qualità di **referente unico**, il/la padre/madre/coniuge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficiario/a di legge 104/92 ex art. 3 comma 3, quindi in situazione di gravità e con necessità di assistenza (vedi certificato allegato);
* Che il/la proprio/a padre/madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per oggettivi motivi di salute e per l’età avanzata non è in grado di provvedere al coniuge;
* Che la propria sorella/sorelle/fratello/fratelli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non può/possono assistere il/la padre/madre a causa di oggettivi motivi di famiglia (vedi dichiarazione allegata);
* Che il/la sottoscritto/a è l’unico/a figlio/a che fruisce dei tre giorni di permesso mensili consentiti dalla legge 104/92;
* Che il/la padre/madre /coniuge, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficiario/a della legge 104/92, NON è ricoverato/a tempo pieno presso istituti specializzati.

Allegati: verbale di visita collegiale della ASL di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; dichiarazione di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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