AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

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

**OGGETTO**: ***ISTANZA TENDENTE ALLA CONCESSIONE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA FAMILIARE DISABILE (LEGGE 104/1992 – ART. 33 COMMA 3)***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della Legge 104/1992 per poter assistere il/la Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con il/la quale è nella seguente relazione di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Lo/la stesso/a essendo stato/a posto/a a conoscenza degli artt. 75 e 76 (1) del DPR 445/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

**DICHIARA CHE: (2)**

* nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
* l’altro genitore:

Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

non dipendente;

dipendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

* il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado;
* non è coniugato;
* è vedovo/a;
* è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
* è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;

………………………………………………………………………………………………………………

**1 *“ch”chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (….) è punito ai sensi del codice***

***penale e delle leggi speciali in materia”***

**2 *barrare la voce che interessa***

* è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
* è separato legalmente o divorziato;
* è coniugato ma in situazione di abbandono;
* ha uno o entrambi i genitori deceduti;ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
* ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
* è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell’impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
* è 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 per l’effettiva tutela dei disabili;
* il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n° 155;
* di essere a conoscenza che quando richiede il permesso per la persona assistita, essendo la stessa in attività lavorativa, non presta la predetta attività;
* si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Allega/fa rifermento alla presente la seguente documentazione depositata presso codesto Ufficio:

* copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all’art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D.L. N° 78/2009 convertito nella legge n° 102/2009 attestante lo stato di “disabilità grave” ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza, avendo avuto l’accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal “codice della privacy”;
* certificato del medico specialistica nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell’istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza;
* certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologie indicate al comma 1, art. 2, lettera d) del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n° 278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell’istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza;
* dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l’assistenza prevista dai termini di legge.
* nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
* nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

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

(luogo) (data)

Firma del dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**Resa ai sensi della legge 4 novembre 2010, n° 183**

(Artt. 46 e 47 del T.U. approvato con DPR n° 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del succitato T.U. in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

* che presta assistenza nei confronti del/della disabile: (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado di parentela:

* + - * Primo Grado e affini
      * Secondo Grado e affini
      * Terzo Grado

per il/la quale necessitano le agevolazioni in quanto non è ricoverato/a a tempo pieno (per le intere

24 ore) presso strutture ospedaliere o strutture pubbliche o private che assicurano assistenza

sanitaria;

* che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
* che è 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 la propria opera di assistenza;

* che è 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;
* che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
* che il disabile ha accettato di essere assistito/a dal/dalla sottoscritto/a come dichiarato con dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà;
* che nessuna altra persona fruisce a sua volta di permessi per l’assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per la quale si chiedono i permessi mensili e si presta assistenza;
* che si impegna, salvo dimostrate situazione di urgenza, per la fruizione dei permessi, di comunicare le assenze dal servizio con congruo anticipo e, se possibile, con riferimento all’intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell’attività amministrativa;
* che la composizione del nucleo familiare del disabile è la seguente:

1. **PARENTI PRIMO GRADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Nome** | **Cognome** | **Luogo e data di nascita** |
| Madre |  |  |  |
| Padre |  |  |  |
| Figlio/a |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **PARENTI AFFINI DI PRIMO GRADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Nome** | **Cognome** | **Luogo e data di nascita** |
| Suocero |  |  |  |
| Suocera |  |  |  |
| Nuora |  |  |  |
| Genero |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **PARENTI DI SECONDO GRADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Nome** | **Cognome** | **Luogo e data di nascita** |
| Nonni: |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Fratelli-sorelle: |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nipoti: |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **PARENTI AFFINI DI SECONDO GRADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Nome** | **Cognome** | **Luogo e data di nascita** |
| Cognati: |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che i genitori o il coniuge del disabile **(1):**
  + hanno/ha compiuto i 65 anni di età \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + sono/è affetti/affetto da patologie invalidanti di cui al D.I. n° 278 del 21/07/2000
  + sono/è deceduti/a/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + sono/è mancanti/e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pescara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Note: **(1)** La normativa prevede, la possibilità di passare dal secondo al terzo grado di parentela, oltre che nel caso di decesso del coniuge o dei parenti del disabile, anche qualora questi siano “mancanti”. Al riguardo, l’espressione “mancanti” deve essere intesa non solo come situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto), ma deve ricomprendere anche ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, continuativa e debitamente certificata dall’autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità quale: divorzio, separazione legale o abbandono, risultanti da documentazione dell’autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità. La possibilità di passare dal secondo al terzo grado di assistenza si verifica anche nel caso in cui uno solo dei soggetti menzionati (coniuge, genitore) si trovi nelle descritte situazioni (assenza, decesso, patologie invalidanti), poiché nella norma viene utilizzata la congiunzione disgiuntiva (“qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anch’essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti”).

*Informativa (art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 20003, n° 196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali”*

*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 strumenti informatici e 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 (comprese l’accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l’integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco).*

AI SENSI DELL’ART. 38 DEL T.U. N. 445/2000 LA DICHIARAZIONE E’ SOTTOSCRITTA DALL’INTERESSATO/A IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO OVVERO SOTTOSCRITTA ED INVIATA UNITAMENTE A COPIA FOTOSTATICA, NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA’ ALL’UFFICIO COMPETENTE VIA FAX, TRAMITE UN INCARICATO, OPPURE A MEZZO POSTA.

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

DEL DISABILE

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

convivente/non convivente con il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, familiare disabile, con il quale abitano nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

***DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’***

Ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per il seguente motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tanto da avvalersi dei benefici previsti dall’art. 33 – legge 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

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

Firme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

**OGGETTO:** Dichiarazione di responsabilità inerente la **richiesta di fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo inoltrato istanza di richiesta relativa ai permessi di cui alla legge 104/1992 e s.m.i., essendo stato posto a conoscenza degli artt. 75 e 761 del DPR 444/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che lo stesso datore di lavoro può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare entro 30 gg. dall’avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel modello di richiesta, con particolare riferimento a:

1. eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità;
2. revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica di cui all’art. 4 comma 1 legge 104 del 1992 e successive modifiche, integrata ai sensi dell’art. 20, comma 1 del decreto legge n° 78 del 1° luglio 2009 convertito nella legge n° 102 del 3 agosto 2009;
3. modifiche ai periodi di permesso richiesti;
4. eventuale decesso del disabile.

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

In fede

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

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

***1 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso ( …) è punito ai sensi del codice***

***penale e delle leggi speciali in materia”***