

_____ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di Pers. ATA Docente

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra _____, nato/a a _____ il _____, (indicare il grado di parentela):

_____ persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

Allega alia presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n. di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alia quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica a sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio. ALLEGATO 1.*
3. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 2.**
4. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**
5. Dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. **ALLEGATO 4.**

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e della responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza.

Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

In Fede

Prot. n. _____ / _____ del _____ f _____ / _____	<input type="radio"/> Si concede <input type="radio"/> Non si concede it Dirigente Scolastico Prof.ssa Rosalba Giuseppina SABATINO
--	---

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC di Delianuova

OGGETTO: *RICHIEDSTA PER L'A.S. 20___/___ DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE - ART. 33 L, 104\1992*

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.

Il/La sottoscritt_____ nat_a
_____ prov. (_____) il _____ familiare
con disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig.ira

_____ (specificare la relazione di parentela o affinità), il/la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, è **l'unico referente alla propria assistenza** alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

IN FEDE

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC di Delianuova"

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20___/___ DI PERMESSO PER
ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L.
104\1992

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE
GRAVE**

Il/La sottoscritt _____ nat__a
_____ prov. (_____) il _____

___ convivente

___ non convivente

con il/la familiare disabile Sig. _____
(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, per cui
il/la Sig.\ra _____ ha richiesto al suo datore di
lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter
prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi:
_____ e pertanto di non avvalersi dei
benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____, li, _____

Firma

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC di Delianuova

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20___/20___ DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON **DISABILITA'** GRAVE - ART. 33 L. 104/1992

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il sottoscritto _____

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla
stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

DICHIARA

che il familiare _____ in stato di disabilità grave
per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a
tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere
continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a.

IN FEDE

Data, _____

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico
Dell' I.C. Delianuova

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20__/20__ DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE — ART. 33 L. 104/1992

Dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/La sottoscritt _____ nat a _____ prov. (_____) il _____, familiare con disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig. _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____, ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92, ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000

DICHIARA

che il/la Sig. _____ è l'unico referente alla propria assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e/o i genitori:

sbarrare la casella che interessa

- hanno superato i 65 anni di età
- sono affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti
- sono mancanti

Si allega documento di Identità del sottoscritto.

_____, _____ li, _____ IN FEDE

OGGETTO: Conferma dei requisiti per usufruire **dei permessi di cui all'art.33,**
commi 3 o 6, della **Legge104/1992.**

Il/Lasottoscritto/a.....

nato/ail

in servizio presso quest'Istituto in qualità di

con contratto a tempo determinato/indeterminato, avendo presentato nel decorso anno

scolastico/..... tutta la documentazione inerente alla fruizione dei

permessi di cui alla Legge 104/92, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del DPR

445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci,

dichiara

sotto la propria responsabilità, che la predetta situazione non ha subito variazioni e che

pertanto ha il diritto di fruire dei permessi in parola.

Nello specifico si dichiara:

l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono concessi i permessi;

il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;

da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap.

Delianuova, .

Firma del dipendente

Visto del Dirigente Scolastico