AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO _____

Il/Lasottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov.____) il _____

residente a _____(prov._____) in Via/P.zza _____n. ____

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazione in qualità di:

□ lavoratore portatore di handicap;
□ genitore della persona con handicap grave di età inferiore ai tre anni;
□ genitore della persona con handicap grave di età superiore a tre anni;
□ parente, affine o coniuge di una persona con handicap grave;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt.46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa –D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalle Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

che l'ASL di _____ nella seduta del _____/_____/_____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap grave ai sensi del'art. 3 c.3) della Legge n.104/1992

□in via definitiva □rivedibile al _____/____/_____ del signor :

Cognome e Nome _____data e luogo di nascita _____

Grado di parentela _____ (coniuge,parenti e affini entro il secondo grado)

Grado di parentela _____ (parenti e affini oltre secondo grado fino al terzo)

come risulta dal verbale rilasciato dalla commissione medica □ che si allega □ già depositato e agli atti

residente a _____ in Via/Piazza _____

==========

In caso di figlio specificare se di

□ età maggiore di 3 anni □ età minore di 3 anni e

□ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap grave;

oppure

□ che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap grave alternativamente con il sottoscritto nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore).

□ che la persona assistita non è dipendente presso una amministrazione pubblica;

□ che la persona assistita è dipendente presso la seguente amministrazione pubblica:

Denominazione _____

Indirizzo _____

□ che la personale per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno

□ 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 effettivamente 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 è consapevole che, ai sensi del D.Leg.vo del 30/06/2022, n. 105, piu' di un lavoratore puo' usufruire dei giorni di permesso di cui alla L. 104/92;

☐ che le altre persone che prestano assistenza al/la sig./ra ______________________________________ sono: ____

☐ che si impegna all'atto della richiesta dei giorni di permesso, a comunicare le giornate già usufruite dagli altri beneficiari;

SOLO PER COLORO CHE RICHIEDONO I PERMESSI PER ASSISTERE UN PARENTE/AFFINE CON HANDICAP GRAVE OLTRE IL SECONDO GRADO MA ENTRO IL TERZO GRADO.

Il/La sottoscritto/a ____ dichiara

che il sig.____(nome assistito):

☐ non è coniugato/a
☐ è vedovo/a
☐ è coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
☐ è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante
☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, 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

---

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relativa a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni posso effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71,75 e 76 – TU delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa – DPR28/11/2000, n. 445 e di aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario anche a seguito di richiesta dell'amministrazione;
- salvo dimostrate situazioni di emergenza, di comunicare le assenze dal servizio con congruo anticipo se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

Si allega:

- **copia verbale ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave"** in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 3 art. 3 L. 104/1992;
- **dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri** per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- **copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;**
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti).

DATA ___________________________ IL/LA DICHIARANTE ____

^^

ISTITUTO COMPRENSIVO DI GONARS

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, **si autorizza/non si autorizza** la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art.33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego: ____

GONARS, _________________________

IL DIRIGENTE SCOLASTICO