Al Dirigente Scolastico

_____

Prot. n._____ **Andria,_____**

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi della L.104/92.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a_____ Prov.(_____) il _____

in servizio presso _____ in qualità di Docente/ATA a tempo determinato/indeterminato

C H I E D E

alla S.V., di beneficiare ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge 104/1992 la fruizione del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare sig./ra_____(grado parentela: madre-padre-fratello-sorella ecc) _____

☐ dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 Legge 104/1992

DICHIARA

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000
Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso(…) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"
(barrare le caselle che interessano)

- Che presta assistenza nei confronti di _____
  Nato/a a _____ prov. (_____) il _____
  Residente a _____ in Via _____
  n._____ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato
  riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art. 4 della Legge 104/1992
- Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a
- Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____ e che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza
- Che nessuno dei seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro) _____ _____assiste il familiare in modo continuativo come da dichiarazioni allegate
- Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:
  - **mancanti**
  - **affetti da patologie invalidanti (documentate)**
  - **ultrasessantacinquenni**

Il/la sottoscritto/a **si impegna a comunicare tempestivamente** ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

In attesa di **accoglimento** della richiesta di cui sopra allega alla 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 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.* **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 delle 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

_____

☐ SI AUTORIZZA

☐ NON SI AUTORIZZA

Il dirigente Scolastico
(Prof.ssa Nicoletta Ruggiero)

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

_____

OGGETTO:RICHIESTA PER L'A.S. \ DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 COMMA 3 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./ra

_____ (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.

_____lì_____ Firma _____

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico

_____

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. \ DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 COMMA 3 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./ra_____ (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 comma 3, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____lì_____ Firma _____

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico

_____

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. / DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 COMMA 3 L. 104/1992-

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

_____sottoscritt _____

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.

_____lì_____ FIRMA_____

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

_____

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. / DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 comma 3 - 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./ra_____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.

_____lì_____ Firma _____