

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. Artena

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ prov.
(____) il _____, qualifica _____
tempo determinato indeterminato

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. _____ (coniuge figlio madre padre / _____)
nato a _____ prov. _____ il ___/___/___ e residente a
_____ prov. _____ Via _____

Il/La sottoscritt _____, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA che:

- Di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
- Di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

NOME _____ COGNOME _____ DATA _____
LUOGO NASCITA _____ In servizio presso _____
(indicare struttura lavorativa e recapiti) _____ tel/ _____
mail _____

<input type="checkbox"/> di essere anche l'unico figlio che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.L.vo n. 151/2001.
--

(*eventuale*) l'altro genitore sig. _____ C.F. _____
_____ non dipendente / dipendente presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

di essere l'unico figlio/a convivente con il genitore disabile.

che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

- 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;

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazioni del disabile corredate da documenti di riconoscimento(*)

Artena,

Per presa visione _____