

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____,
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

CHIEDE

di voler beneficiare, per l'a.s. _____, dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine entro il 2° grado (*es. nonni, nipoti in quanto figli del figlio, fratello*) o coniuge di una persona con disabilità ;
- parente, affine entro il 3° grado (*es. zii e bisnonni*). Possono fruire dei permessi lavorativi solo ad una delle seguenti condizioni:
 - a) quando i genitori o il coniuge della persona con handicap siano deceduti o mancanti;
 - b) quando i genitori o il coniuge della persona con handicap abbiano più di 65 anni oppure siano affetti da patologie invalidanti;

di fruire di tre giorni di permesso mensile;

due ore al giorno (*nel limite di 18 ore al mese*).

A tal fine, ai sensi delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a. che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992):

non rivedibile rivedibile il _____ di

Cognome e Nome _____ Grado di parentela ¹ _____
(*data adozione/affido*) _____ data e luogo di nascita _____
residente a _____, in Via/Piazza _____, _____;

b. di prestare un'assistenza sistematica alla persona sopra indicata;

c. che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

d. che nessun altro familiare (*parente e /o affine entro il 2° grado*) beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

che l'altro genitore beneficia dei permessi (*se bambino/a inferiore ai 3 anni*) alternativamente con il/la sottoscritto/a nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori;

e. di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Allega alla presente:

1. certificazione aggiornata dell'ASL di accertamento dell'handicap attestante la connotazione di gravità (*se non presente agli atti della scuola*);
2. dichiarazione del portatore di handicap in merito alla scelta della persona che deve prestare assistenza (*circ. INPS n.90/2007 punti 2 e 3*);

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento).

3. dichiarazione di altri componenti della famiglia dell'assistito, parenti ed affini entro il 2° grado, di non fruire della L.104/92 per lo stesso soggetto portatore di handicap;
4. copia del documento di identità del richiedente;
5. copia/e del/i documento/i di identità degli altri componenti della famiglia dell'assistito, di cui al punto 3.

Data _____

Il/La Dichiarante

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti, ai sensi del D.lgs 193/ 2003.

Data _____

Firma

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: _____
