

ALLEGATO 1

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO di
SASSUOLO 2 NORD

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt_____ nat__ a _____
_____ prov. (____) il _____,
qualifica_____ tempo determinato/indeterminato presso

C H I E D E

di poter fruire dei seguenti permessi previsti:

1. 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 _____
2. dall'art. 33 – comma 6, della Legge 104/92, per se stesso, essendo persona disabile, in situazione di gravità e titolare di un rapporto di lavoro subordinato.

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,

D I C H I A R A

che:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. _____;
- 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;
- 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;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- 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).

_____li _____

Firma

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 della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione (*)

(*)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (____) il _____, residente
a _____ -prov. _____ - Via _____
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni
non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di
_____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92
per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata
a _____ -prov. _____ - il _____
C.F. _____ e residente in _____
