

Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.

Il/La _____ sottoscritto/a _____

nat _____ a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____, residente a

_____ (Prov. _____), Via _____ n. _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

☐ Docente

☐ ATA

☐

con contratto di lavoro a:

☐ tempo indeterminato

☐ tempo determinato

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

☐ *Cognome e nome* _____

☐ *rapporto di parentela* _____

Data di nascita ____/____/_____, Comune di nascita _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ (Prov. _____)

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km _____

(Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

A tal fine, 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:

☐ il disabile è in vita;

☐ l'accertamento dell'handicap è:

☐ **IRRIVEDIBILE**

☐ **RIVEDIBILE** il ____/____/____

☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

- ☐ 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 lo stesso 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 _____

In servizio presso (indicare la struttura lavorativa) _____

Recapito telefonico: _____

E-mail _____

☐ **Solo per dare assistenza a familiari di 3°**

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- ☐ è coniugato;
- ☐ coniugato/a;
- ☐ è vedovo/a;
- ☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- ☐ 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.

Si allega:

- ☐ copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- ☐ 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).

_____, ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
