

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

Di beneficiare

- dei permessi previsti dall'art.33 comma 3
- del congedo biennale dal _____ al _____

D I C H I A R A

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
- 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:

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso
- certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità)
- dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non fruiscono dei permessi o non sono idonei a prestare assistenza

Data _____

In fede _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO DI NOTORIETA'
DICHIARAZIONE PERSONALE

(DPR 28/12/2000 n. 445. Art. 46, 47, 48) **Allegato C**

Al Dirigente Scolastico
I.C. La Giustiniana - Roma

Il/La sottoscritt _____ docente / ATA di ruolo presso I.C. La Giustiniana" avendo chiesto di beneficiare della precedenza prevista dall'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003:

1) di avere l'invalidità permanente al _____ %;

2) di prestare assistenza in qualità di referente unico al sig. _____

(precisare il grado di parentela) _____,
residente/domiciliato nel comune di _____ da più di tre mesi ;

OVVERO

2bis) di prestare assistenza in qualità di referente unico al sig. _____

(precisare il grado di parentela) _____,
residente/domiciliato nel comune di _____
dal _____ e di essere convivente da più di tre mesi;

e che il medesimo **non è ricoverato/a a tempo pieno** presso istituti di cura;

3) (*in caso di assistenza a genitore disabile grave*) che non vi è il coniuge (ovvero non è in grado di prestare assistenza perché totalmente inabile o oltre i 65 anni di età), né vi sono altri fratelli/sorelle, oltre al/alla sottoscritto/a, idoneo/a a prestare assistenza, come da allegata/e dichiarazione/i e pertanto di essere l'unico/a membro della famiglia in grado di provvedere a ciò;

4) (*in caso di assistenza a fratello/sorella disabile grave*) che i propri genitori sono scomparsi (ovvero) che i propri genitori non sono in grado di prestare assistenza perché totalmente inabili o oltre i 65 anni di età. Al fine di attestare tale stato si allega specifica certificazione di invalidità.

5) di avere fatto richiesta di fruizione dei 3 giorni di permesso mensile ai sensi dell'art. 33 c. 3 della L. 104/92 per l'anno scolastico in corso (ovvero non ci sono parenti o affini che ne abbiano fruito).

In fede

_____ li _____

Firma _____

Note: è obbligatorio attestare lo stato di handicap con specifica certificazione medica rilasciata dalla competente ASL ed esprimere come prima preferenza il relativo comune di residenza oppure singole istituzioni scolastiche comprese nel predetto comune, che in ogni caso deve essere espresso dopo le singole preferenze. Va documentata anche l'impossibilità dell'assistenza da parte del coniuge.