

6a

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

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
ISTITUTO COMPRENSIVO
SANTA LUCIA

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

Il/La sottoscritto/a
nato/a a prov. ()
il , qualifica
tempo ☐ determinato ☐ indeterminato
presso ☐ Santa Lucia ☐ Rodari ☐ Diaz ☐ Aquilone

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la

sig./sig.ra (coniuge / figlio / madre /

padre /) nato a prov.

il e residente a prov.

Via

Il/La sottoscritto/a, 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:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig./sig.ra ;
- l'altro genitore sig./sig.ra
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 sottoscritto/a

nato/a 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

Firma