

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Montale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ docente / personale ata a tempo indeterminato / determinato in servizio presso questo istituto consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di poter fruire dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art.33, comma 3 della Legge 05/2/1992, n. 104, modificato dall'art. 19 e 20 della Legge n.53 dell'8/3/2000 e dell'art.24 della Legge n.182 del 4/11/2010 al fine dell'assistenza (*barrare la casella d'interesse*):

- a se stesso
- al sottoindicato familiare in situazione di handicap:
 cognome e nome _____
 grado di parentela _____
 domiciliato a _____

A tal fine allega il verbale di accertamento della Commissione Sanitaria che attesta la situazione di gravità del grado di handicap, ai sensi dell'art.4, comma 1 della Legge 104/92.

Nel caso di assistenza al familiare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

DICHIARA

1. di essere (vedi retro punto A):
 - o parente o affine entro il 2° grado del familiare sopra menzionato;
 - o parente o affine di 3° grado del familiare sopra menzionato ma di chiedere la fruizione dei permessi in quanto il coniuge / i genitori del familiare con handicap hanno compiuto i 65 anni di età / sono affetti da patologie invalidanti / sono deceduti o mancanti;
2. di non essere / essere convivente con l'interessato;
3. che nessun altro ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopra indicato;
4. che TUTTI gli altri parenti o affini entro il 3° grado NON LAVORATORI (vedi elenco sottoindicato) sono impossibilitati ad assistere il familiare in situazione di handicap

cognome e nome	grado di parentela con il disabile	motivo dell'impossibilità all'assistenza (vedi retro punto B)

Si allegano le autocertificazioni delle sopraindicate persone (vedi fac simile nel retro, punto C);

5. che TUTTI gli altri parenti o affini entro il 3° grado, LAVORATORI (vedi elenco sottoindicato) non usufruiscono dei benefici previsti dall'art.33 comma 3 della Legge n. 104/92

cognome e nome	grado di parentela con il disabile	cognome e nome	grado di parentela con il disabile

Si allegano le autocertificazioni delle sopraindicate persone (vedi fac simile nel retro, punto D);

6. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
7. di essere consapevole che la possibilità di usufruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
8. che il familiare portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno in istituti di cura, case per anziani ecc.....e si impegna ad informare l'amministrazione qualora questa situazione venga meno.

Il sottoscritto comunque si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi altra variazione che possa modificare la concessione del permesso richiesto.

Firma _____

PUNTO A)

PARENTI		
GRADI	IN LINEA RETTA	IN LINEA COLLATERALE
1°	I genitori ed il figlio	
2°	L'avo o l'ava (nonni) ed il nipote	I fratelli e le sorelle
3°	Il bisavolo e la bisavola (bisnonni) e il pronipote	Lo zio o la zia ed il nipote da fratello o sorella.

AFFINI	
GRADI	
1°	I suoceri con i generi e le nuore. Il patrigno e la matrigna con i figliastri.
2°	I cognati (va notato che il coniuge del cognato non è affine, cioè non sono miei affini i cognati e le cognate di mia moglie; né sono affini tra loro i mariti di due sorelle)
3°	La moglie della zio, il marito della zia, la moglie del nipote e il marito della nipote.

PUNTO B) - MOTIVI DI IMPOSSIBILITA' ALL'ASSISTENZA AL FAMILIARE IN SITUAZIONE DI HANDICAP DA PARTE DEI FAMILIARI NON LAVORATORI:

sia stato riconosciuto incapace al lavoro al 100%
sia affetto da invalidità superiore ai 2/3
sia di età inferiore ai 18 anni
sia ricoverato anche temporaneamente in ospedale
sia di età superiore ai 70 anni
sia infermo in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap
sia privo di patente qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche;
risieda in località distante
altro: specificare

PUNTO C) - FAC SIMILE DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI NON LAVORATORI:

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
essendo **NON LAVORATORE**, ed essendo parente o affine entro il 3° grado (specificare la relazione di parentela o affinità) _____ del familiare disabile (indicare cognome e nome del familiare in situazione di handicap) _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

Allega fotocopia non autenticata del proprio documento di identità.

data _____ firma _____

PUNTO D) - FAC SIMILE DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI LAVORATORI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
essendo **LAVORATORE** ed essendo parente o affine entro il 3° grado (specificare la relazione di parentela o affinità) _____ del familiare disabile (indicare cognome e nome del familiare in situazione di handicap) _____

dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge n.15/68

di **NON AVVALERSI** dei benefici previsti dall'art.33 della Legge 104/92.

Allega fotocopia non autenticata del proprio documento di identità.

data _____ firma _____