

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Alla S.V. l'inoltro della pratica di \_\_\_\_\_

Al competente ufficio di \_\_\_\_\_

Alla presente allega la seguente documentazione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ )  
residente a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

- tre giorni al mese;
- due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ( nel limite di 18 ore al mese)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -- D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

a. Che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_ come  
risulta dalla certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

<sup>1</sup> Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);  
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;  
*oppure*

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato  
*oppure*

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirLe assistenza;

Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornirLe assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate)

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Si allega:

Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap

Certificato del medico specialista ( in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'ASL)

Il/la Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

\*\*\*\*\* (spazio riservato all'ufficio) \*\*\*\*\*

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

Si autorizza

Non si autorizza

la fruizione dei benefici dalla Legge 104/92, art.33 e successive modificazioni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Maniace, \_\_\_\_\_