

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 allego 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 ¹ _____
(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:

¹ 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, _____