

Domanda annuale di permessi a.s. _____/_____ per l'assistenza a soggetti in condizione di handicap grave (D.L.gs. 151/2001, art. 42; Legge 104/1992, art.33 comma 3; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20 e ss.mm.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Codice fiscale _____ in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

docente assistente amministrativo collaboratore scolastico

con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato

chiede

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra (nome disabile)

..... C.F.

nato/a ail.....

e residente a Via

con il quale è nella seguente relazione di parentela:.....

A tal fine, 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:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- I permessi sono fruiti, **alternativamente al sottoscritto e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi**, anche dal/la Sig./ra _____ nato/a il _____
dipendente presso _____
grado parentela con l'assistito _____

- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
- non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

- ❑ 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, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare INPS del 3 dicembre 2010 n. 155;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega copia del verbale ASL **provvisorio** **definitivo** in cui viene attestata la qualità di portatore di Handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art.3 c. 3 L. 104/92 RIVEDIBILE **SI** **NO**

In fede

Luogo e data _____

Firma
