

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "Maria Pia-G Pascoli"
San Giorgio Ionico (TA)

**OGGETTO: Richiesta beneficio permessi per assistenza a familiare in situazione di handicap
(Legge 104/1992 ex art. 33 comma 3)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____, Vs. dipendente in qualità di _____ a tempo
determinato/indeterminato

CHIEDE

di poter fruire

- ☐ per l'anno scolastico _____
- ☐ per il/i mese/i di _____

dei seguenti benefici:

- permessi ex art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 (per assistenza al coniuge, parenti o affini entro il secondo grado, o entro il terzo grado nei soli casi previsti dalla Legge)

con articolazione:

- 18 ore mensili massimo ☐ (solo per personale ATA)
- 3 (tre) giorni al mese ☐

A tale scopo

- ☐ allega documentazione ASL di accertamento dell'handicap in condizioni di gravità ai sensi dell'art. 4 L. 104/92;
- ☐ documenti di identità personale;
- ☐ documento di identità assistito.

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

☐ di essere familiare, con parentela o affinità di _____ grado, in qualità di _____ del Sig./della Sig.ra _____, (nat_ a _____ il _____, C.F: _____, residente in _____, Via _____ n. _____) portatore di handicap grave;

☐ che nessun altro familiare gode dei permessi da me richiesti (ad eccezione dell'assistenza nei confronti del figlio disabile che può essere prestata alternativamente da entrambi i genitori)

OVVERO

☐ che il diritto è riconosciuto, fermo restando il limite complessivo di tre giorni di permesso mensile per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in situazione di gravità, **in via alternativa tra loro**, ai seguenti familiari che ne hanno fatto richiesta:

☐ di essere consapevole che l'agevolazione richiesta comporta un impegno morale e giuridico a prestare effettivamente l'assistenza al disabile e che questa comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica;

☐ di comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

☐ che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o altre strutture pubbliche o private di assistenza sanitaria;

☐ di documentare con titoli di viaggio o con idonea documentazione il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito (solo nel caso in cui quest'ultimo si trovi ad una distanza stradale superiore a 150 Km. Rispetto al luogo di residenza del dichiarante).

Data _____

Firma _____