

Allegato 2

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO" PETRONÀ

Oggetto: Richiesta di fruizione dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 comma 3

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

C.F. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato,

CHIEDE

alla S.V. di poter fruire dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 della Legge 104/92 per assistere
il/la sig./sig.ra _____ (coniuge/figlio/madre/padre/ _____)

nato/a a _____ prov. _____ il _____

e residente a _____ prov. _____ via _____.

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. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- Di essere unico/a referente che può prestare assistenza a carattere continuativo, globale e permanente al disabile in situazione di gravità;
- Che il portatore di handicap è stato accertato ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92 dall'ASL _____ in data _____ non rivedibile/rivedibile _____;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è impegnato in attività lavorativa;
- Che non ci sono altri soggetti in grado di prendersi cura del familiare disabile;
- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non usufruisce di assistenza domiciliare da parte dell'ASL;
- Che oltre al sottoscritto non ci sono altri parenti che si avvalgono dei benefici previsti dall'art.33 della Legge 104/92, che non ne hanno beneficiato in precedenza e ad oggi sono impossibilitati ad assistere il soggetto in situazione di disabilità grave.

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

Il/La sottoscritto/a assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

_____ li _____

Firma

Allegati:

- Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art.4, comma 1, L.104/92 integrata ai sensi dell'art.20, comma 1, del D.L. 78/2009 convertito nella legge n.102/2009 attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- Copia documento di riconoscimento del soggetto disabile.