

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO D'ALCONTRES
SEDE**

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSI LEGGE 104/92 Art. 33

Il sottoscritto, nato a..... il,
residente inprov.....c.a.p. via.....n.....,
domiciliato in..... prov.....c.a.p. Via n....
docente/ata a tempo indeterminato/determinato della Scuola....., per la classe di
Concorso..... in servizio presso la sede, consapevole
delle responsabilità amministrative e penali in caso di dichiarazioni non rispondenti al vero, ai sensi del

D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Che il Sig.....
nato ail....., CF
Residente in, via n.,
domiciliato in, via n.,
Cap..... provincia.....
È persona disabile con connotazione di gravità, riconoscimento documentato con certificazione
rilasciata dalla commissione Medica dell'A.S.L. di di cui all'Art. 4 della Legge
104/92, allegata alla presente, e che allo stesso è stato riconosciuto l'Art. 3 commi 1 e 3 della Legge
104/92.
- Che la persona disabile con connotazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno.
- Che la persona disabile con connotazione di gravità è il/la proprio/a:
☐ coniuge ☐ padre ☐ madre ☐ fratello ☐ sorella ☐ figlio ☐ parente entro il secondo grado ☐
affine entro il secondo grado
- di essere parente/affine di terzo grado del soggetto in situazione di gravità, ma che lo stesso.
☐ 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;
- che **nessun altro familiare** beneficia dei permessi o dei riposi per lo stesso soggetto in situazione
di disabilità grave in quanto :

il Sig.....nato ail....., CF
.....residente in, via
..... n.,Cap..... provincia.....
coniuge/figlio/altro..... Del soggetto disabile con connotazione di gravità, **non è
in grado** di prestare assistenza effettiva e continuativa in quanto....., come
da dichiarazione allegata.

Il Sig.....nato ail....., CF
.....residente in, via
..... n.,Cap..... provincia.....
coniuge/figlio/altro..... Del soggetto disabile con connotazione di gravità, **non è
in grado** di prestare assistenza effettiva e continuativa in quanto....., come
da dichiarazione allegata.

Il Sig.....nato ail....., CF
.....residente in, via
..... n.,Cap..... provincia.....
coniuge/figlio/altro..... Del soggetto disabile con connotazione di gravità, **non è
in grado** di prestare assistenza effettiva e continuativa in quanto....., come
da dichiarazione allegata.

- che l'altro genitore (*da compilare solo in caso di assistenza richiesta per il figlio disabile*): Sig./ra _____ C.F. _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).
- in caso di adozione/affidamento;
data del provvedimento _____ rilasciato dal tribunale di _____ prov. N. _____

Il sottoscritto, pertanto,

CHIEDE

- ☐ di usufruire di n. ____ giorni di permesso retribuito mensile (massimo 3) (art. 33, commi 3 e 3 bis legge 104/92) per assistere figli con età superiore a tre anni, coniuge, genitori parenti e affini disabili in situazione di gravità;
- ☐ di usufruire di n. ____ giorni di permesso retribuito mensile (massimo 3) (art. 33, commi 3 e 3 bis legge 104/92) per assistere figli minori di tre anni in situazione di gravità.

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.

Data

Firma

All. A

DICHIARAZIONE PERSONALE NON ASSISTENZA PORTATORI DI HANDICAP

ART. 33 COMMI 5° E 7° LEGGE 104/1992

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritt _____

nat__ a _____ (_____) il _____

residente nel comune di _____ (_____)

in Via _____ n. _____ cap _____

_____ del soggetto diversamente abile

(specificare la relazione di parentela o affinità)

Sig. _____

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

DI NON ESSERE NELLE CONDIZIONI DI PRESTARE ASSISTENZA CONTINUATIVA

al familiare disabile Sig. _____,

per i seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 e di non esserne avvalso/a in precedenza.

Data

Firma

