# Al Dirigente Scolastico

I..C. TAVERNA

# 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**C H I E D E**

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.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

1. 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]](#footnote-1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data adozione/affido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione che si allega.

1. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Luogo**  **e data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **(se lavoratore)**  **Dati del datore di lavoro** | **Indirizzo- Residenza** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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;

Si precisa che l’impossibilità dei genitori ad occupasrsi del figlio disabile perché totalmente inabili deve essere documentata con idonea certificazione di invalidità

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore:

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

tre giorni al mese;

due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_;

I permessi di almeno 2 giorni dei 3 spettanti devono essere pianificati possibilmente all’inizio del

mese e il terzo comunicato se possibile almeno 2 giorni prima.

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.

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)\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**ISTITUTO COMPRENSIVO TAVERNA**

**VISTA** l’istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# LA DIRIGENTE

Taverna, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prof.ssa Maria Sganga)

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.). [↑](#footnote-ref-1)