



Istituto Comprensivo Statale " S. QUASIMODO "
Piazza 1° Maggio - 80020 Crispano (NA)Tel.

081/ 8348417 Fax 081/ 8363654

E-MAIL: naic88100n@istruzione.it - **Sito Web:** www.icsquasimodocrispano.it

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo "Quasimodo"
Crispano

OGGETTO: richiesta fruizione permessi ex art. 33 comma 3 Legge 104/1992 – assistenza.

Il/La sottoscritt_____ nat___a
_____ prov. (____) il_____
qualifica_____ con contratto a tempo
_____presso codesto I.C.S.

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere
il/la sig._____ nat___
a_____prov._____il_____e
residente a_____prov._____Via _____

Il/L_sottoscritt_, 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 (barrare gli elementi di interesse)

il familiare assistito ha il seguente grado di parentela primo/secondo/terzo, in quanto coniuge / figlio / figlia / madre / padre /_____e che il sottoscritto è l'unico familiare che gli/le presta assistenza;

nessuno dei seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro) _____
_____ assiste il familiare in modo continuativo, come da dichiarazioni allegate;

- 0 il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno;
- 0 **(solo nel caso che il soggetto da assistere sia il figlio)** l'altro genitore sig. _____ C.F. _____ è dipendente presso _____ e beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- 0 **(solo nel caso che il soggetto da assistere abbia un grado di parentela/affinità di terzo grado)** il familiare non ha genitori o coniuge che lo possano assistere perché: mancanti / affetti da patologie invalidanti / ultrasessantacinquenni;
- 0 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;
- 0 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/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione familiare assistito;
- dichiarazione altri familiari eventualmente aventi diritto alla fruizione dei permessi di cui all'art. 33 comma 3 L. 104/92.

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE ASSISTITO

Il/La sottoscritt_____ nat__a _____
_____prov. (____) il_____, residente
a_____prov. _____ Via_____,
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi,

DICHIARA (barrare gli elementi di interesse)

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il_____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa presso_____e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di_____ grado del richiedente in quanto_____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra_____nata a_-prov. _____ - il _____
C.F. _____e residente in _____
prov. _____Via _____

_____li_____

Firma

DICHIARAZIONE EVENTUALI ALTRI FAMILIARI AVENTI DIRITTO ALLA FRUIZIONE
DEI PERMESSI DI CUI ALLA L. 104/92

Il/La sottoscritt _____ nat ___ a
_____ prov. (____) il _____, residente
a _____ prov. _____ Via _____,
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni
non veritiere, formazione o uso atti falsi,

DICHIARA (barrare gli elementi di interesse)

- di essere parente di __ grado in quanto _____
del/la sig. _____;
- di non assisterlo/a in maniera continuativa;
- di prestare attività lavorativa presso _____ e
di non aver presentato al proprio datore di lavoro istanza per fruire permessi previsti dall'art.
33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. _____.

_____ li _____

Firma
