Al Signor Dirigente Scolastico

OGGETTO: **Richiesta di fruizione permessi retribuiti per assistenza a soggetto portatore di handicap grave – Legge 104/92**

Il/la sottoscritto/a Nato/a a Prov.( ) il In servizio presso in qualità di

 Docente ATA

a tempo determinato indeterminato

DOCENTE di scuola infanzia primaria secondaria di primo grado

ATA Collaboratore scolastico Assistente Amministrativo

**C H I E D E**

Di beneficiare dei permessi previsti dall’art.33 comma 3 della L. 104/92 e s.m.i.

**DICHIARA**

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000

**Consapevole** che ai sensi dell’art.76 del DPR 445/2000 “Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (…) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”

(**barrare le caselle che interessano**)

 Che presta assistenza nei confronti di Nato/a a prov. ( ) il Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato

 Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela

 Che pur avendo 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 (documentate)**
		- **ultrasessantacinquenni**

 Che il sottoscritto è l’unico familiare che presta assistenza

 Di essere a conoscenza che:

* il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all’art. 33 comma 3 L. 104/92 e s.m.i. può essere riconosciuto su richiesta a più soggetti aventi diritto (essendo venuto meno il principio del referente unico), a **seguito della riforma dell’art. 33 comma 3 L. 104/92 D.Lgs n. 105/2022.**
* In presenza di più soggetti beneficiari la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa nel limite complessivo di tre giorni mensili per l’assistenza al disabile.

 Si dichiara che oltre al sottoscritto beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado di parentela con il disabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se lavoratore dipendente, indicare l’amministrazione/azienda datrice di lavoro/sede lavorativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado di parentela con il disabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se lavoratore dipendente, indicare l’amministrazione/azienda datrice di lavoro/sede lavorativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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.

In attesa di **accoglimento** della richiesta di cui sopra allega:

* + copia originale del verbale della Commissione Medica con **OMISSIS**
	+ certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità)
	+ fotocopia del documento d’identità, in corso di validità, del disabile
	+ in caso di altri beneficiari allegare fotocopia del documento d’identità, in corso di validità degli stessi.

Data

 In fede