Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale

Civate

Il/la sottoscritto/a , nato/a a il , dipendente a tempo determinato/indeterminato, in qualità di

🞏 Docente Scuola Primaria 🞏 A. Moro – Malgrate 🞏 A. Manzoni – Civate 🞏 O. Romero– Suello

🞏 Docente Scuola secondaria di I° grado 🞏 Civate 🞏 Malgrate

🞏 Assistente Amministrativo 🞏 Sede

🞏 Collaboratore Scolastico 🞏 Civate 🞏 Malgrate

CHIEDE

ai sensi dell’art. 33 comma 3 della legge 104/92 modificata dall’art. 24 della legge 183/2010, il permesso per usufruire di 3 giorni di permesso mensile per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o per assistere il/la sig./sig.ra .

A tal fine dichiara, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del DPR 445/00, consapevole delle sanzioni quali previste dall’art. 76 del predetto DPR, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

* di essere nella seguente condizione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità ;
* che il sig./sig.ra è in stato di handicap in situazione di gravità accertata dalla Commissione di (art. 4, comma 1. Legge 104/1992);
* essere unico referente per l’assistenza al sig./sig.ra ;
* che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno.

Dichiara inoltre di essere consapevole che:

1. le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
2. la possibilità di fruire le agevolazioni comporta onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l’effettiva tutela del disabile;
3. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni;
4. dovrà comunicare al dirigente Scolastico le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all’intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell’attività didattica o amministrativa.

 A tal fine allega:

* verbale commissione medica;
* dichiarazione di parentela e necessità di assistenza della persona disabile e assenza di ricovero a tempo pieno da parte della persona disabile (in caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio;
* dichiarazione di usufruire esclusivamente o alternativamente con il coniuge (in caso di genitore con figli in situazione di handicap).

Data FIRMA