

**Al dirigente scolastico dell'I.C. "G. Rodari-G. Nosengo"
di Gravina di Catania (CT)**

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

_ l _ sottoscritt_ _____
nat_ il ____/ ____/ ____ a _____ prov . (____) in servizio presso
codesta Istituzione Scolastica , in qualità di _____
con contratto di lavoro a tempo ☐ indeterminato / ☐ determinato.

CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000 , n. 53, di usufruire del beneficio, previsti dalle suddette norme di Legge, del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare sig. _____, portatore di **handicap in situazione di gravità**, riconosciuto ai sensi dell' art. 3 ed accertato ai sensi dell' art. 4 della Legge 104/'92, come da documentazione allegata:

- certificato rilasciato dall'ASL n. ____ di _____ attestante lo stato di handicap in situazione di gravità del summenzionato familiare;
 - dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.
- 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.

Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza.

Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.
A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza

Gravina di Catania li, _____

Firma

**DICHIARAZIONE PERSONALE DEL FAMILIARE CHE SI AVVALE DEI DIRITTI
PREVISTI DALLA LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE APPORTATE
DALLA LEGGE 53/2000 ART.19**

“_l/_ sottoscritto/a (cognome) (nome).....

Nato a _____ il _____

docente/personale ATA con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso la scuola

_____;

premesso che il/la sig. _____ risulta portatore di handicap, così come da allegata certificazione medica rilasciata dalla competente Commissione Provinciale di cui all'art.4 della Legge 104/92;

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità per i fini previsti dagli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000,

DICHIARA, sotto la propria responsabilità,

ai sensi della legge 4/1/1968, n.15, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace ed ai fini dei diritti previsti dall'art.33, commi 5 e 7 della Legge 104/92,

- che il rapporto di parentela con la sopraindicata persona è quello di _____
(indicare se figlio, anche adottivo, coniuge, parente o affine entro il 3° grado)

- che il/la sig. indicato in premessa non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;

- che il/la sig. indicato in premessa viene assistito in via continuativa dal sottoscritto;

- ☐ che il disabile non beneficia di assistenza da parte di altro familiare con lui convivente ai sensi della legge n. 5.2.1992 n.104”.

- ☐ che non essendovi altri conviventi con l'handicappato, parenti o affini dello stesso grado o di grado più stretto, idonei a prestare l'assistenza continuativa al disabile il sottoscritto è l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza.

- che la residenza dell'assistito _/_ è sita in (via)..... n°....

(città) (provincia).....

A tal fine allega n° _____ dichiarazioni degli altri componenti del nucleo familiare composto come segue:

_____ nat _/ _ a _____ il _____
grado parentela _____

_____ nat _/ _ a _____ il _____
grado parentela _____

data _____

Firma _____

Gravina di Catania li, _____

In fede

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELL'HANDICAPPATO**

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a _____
prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a _____
prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a _____
prov. (_____) il _____

conviventi con il/la Sig. _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____ , familiare disabile, con il
quale abitano nel Comune di _____ (_____) via

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti
motivi: _____ e pertanto di non avvalersi dei
benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firme _____

