

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI NOVE

OGGETTO: *Richiesta permessi mensili retribuiti per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità (art. 33, c.3, L.104/92, D.Lgs. n.151/2001, art. 24 L.183/2010).*

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ prov. (____) il _____

cittadinanza _____ Codice fiscale _____

residente in _____ prov. (____)

via _____ n. ____ C.A.P. _____

telefono _____ cellulare _____ mail _____

Grado di parentela con il disabile _____

CHIEDE

per assistere figli¹, coniuge, parenti e affini disabili in situazione di gravità, di **usufruire** dei giorni di permesso mensili retribuiti (max 3 giorni).

Si impegna a comunicare i periodi di assenza al Dirigente Scolastico con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, salvo dimostrata situazione di urgenza, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa e didattica, per l'anno scolastico _____ a decorrere dal _____ al _____

DICHIARA

- di essere in servizio con contratto di lavoro a T.I. - T.D. fino al _____
in qualità di _____ ad orario:
intero part time ORIZZONTALE per ore _____ VERTICALE su n. ____ giorni
lavorativi effettivi settimanali e per n. _____ ore
- che nessun altro familiare eventuale avente diritto beneficia dei permessi per la stessa persona disabile in situazione di gravità e se richieste produrrà le relative dichiarazioni personali che non intendono usufruire dei suddetti permessi
- che l'altro genitore _____ nato a _____
il _____ codice fiscale: _____ in servizio presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio disabile in situazione di gravità alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite max dei 3 giorni complessivi tra entrambi i genitori e che si impegna a comunicare al Dirigente Scolastico i giorni fruiti da coniuge

¹ In base alla nuova disciplina i permessi possono essere fruiti anche da un genitore di un minore di 3 anni in situazione di handicap grave

- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno²
- che la persona disabile in situazione di gravità ricoverata a tempo pieno necessita di recarsi fuori della struttura ospitante per effettuare visite o terapie³
- che la persona disabile in situazione di gravità ricoverata a tempo pieno è in coma vigile e/o in situazione terminale (come da certificazione allegata)
- che il minore disabile in situazione di handicap grave ricoverato a tempo pieno, necessita di assistenza da parte di un genitore o familiare, come da dichiarazione rilasciata dai Sanitari della Struttura
- che _____ nato a _____ il _____ è disabile in situazione di gravità, accertata dalla Commissione Medica (art. 4, c. 1, L.104/92) A.S.L. di _____ in data _____
- è in servizio presso _____
- oppure in pensione in qualità di: dipendente pubblico dipendente privato

di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
 Coniuge Parente o affine entro il secondo grado⁴: _____

di essere parente/affine di terzo grado⁵ _____, ma che la stessa:
 non è coniugata è vedova è coniugata, ma il coniuge ha più di 65 anni di età:
 Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

è coniugata, ma il coniuge è affetto/a da patologie invalidanti è stata coniugata, ma il coniuge è deceduto è separata legalmente o divorziata è coniugata, ma in situazione di abbandono ha uno o entrambi i genitori deceduti ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età:
 Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante:
 Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ C.F. _____
 Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

² per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore, che avviene presso le strutture ospedaliere o comunque le strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria.
³ da certificare ogni volta
⁴ in base all'art. 74 del Codice Civile *La parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite – art.78 L'affinità è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge.* Sono parenti di 1°: genitori, figli. Sono parenti di 2°: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli). Sono affini di 1°: suocero/a, nuora, genero. Sono affini di 2°: cognati.
⁵ Sono parenti di 3°: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta. Sono affini di 3°: zii acquisiti, nipoti acquisiti.
 a. a. Angela

Inoltre dichiara sotto la propria responsabilità e consapevolezza:

- * che presta assistenza nei confronti del disabile per le quali sono chieste le agevolazioni;*
- * che è consapevole che 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;*
- * che 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;*
- * si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.*

Allega alla presente:

- Verbale della Commissione Medica dal quale risulta l'accertamento della situazione di handicap grave.
- Altro:

data

firma

OGGETTO: Autocertificazione (art. 33 L. 104/92 - D.L.vo 151/01 - art. 241 L. 183/10) allegata alla domanda presentata ai fini della concessione dei permessi mensili retribuiti per assistenza a familiare disabile in situazione di gravità certificata.

Il/La sottoscritt _____ nata a _____ il _____

in servizio presso I'I.C. "P. Antonibon" di Nove in qualità di _____ a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, rilascia le seguenti dichiarazioni:

- di essere residente a _____ () Via _____ n. civico _____
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto con il dichiarante	Residenza	Professione	Indirizzo datore di lavoro

- che nella propria famiglia sono presenti i sotto elencati conviventi domiciliati o conviventi:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Residenza	Professione	Indicare indirizzo datore di lavoro

- che il sottoscritto ha i seguenti fratelli/sorelle e che il loro nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Residenza	Rapporto con il dichiarante	Professione	Indirizzo datore di lavoro

- che il nucleo familiare dell'assistito _____ portatore di handicap grave è:
 lo stesso del richiedente oppure così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Residenza	Rapporto con l'assistito	Rapporto con il dichiarante	Professione	Indirizzo datore di lavoro

- che l'assistito portatore di handicap grave _____ ha i seguenti fratelli/sorelle e che il loro nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Residenza	Rapporto con l'assistito	Professione	Indirizzo datore di lavoro

- che l'assistito portatore di handicap grave _____ ha i seguenti genitori e/o figli e che il loro nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Residenza	Professione	Indirizzo datore di lavoro

Data, _____ Firma _____

Visto Il Dirigente Scolastico