Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo ”LENTINI” LAURIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ e residente in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_, assunto/a a

tempo indeterminato in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter fruire, per l’a.s. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** dei benefici previsti **dall’art.33, comma 3 della L.104/92** per assistenza del portatore di handicap, in situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell’art.4 della legge 104/92, sotto indicata:

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza. Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

PERMESSO RICHIESTO:

**GIORNI DI PERMESSO MENSILI (MASSIMO TRE) CHE SARANNO INDICATI CON PROGRAMMAZIONE MENSILE E IN GIORNI SETTIMANALI NON RICORRENTI, come da CCNL scuola.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art. 76 D.P.R., 28/12/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA:**

* che il/la disabile in situazione di gravità sopra indicata/o non è ricoverata a tempo pieno in una struttura specializzata;
* che il richiedente presta con continuità ed esclusività assistenza al disabile in situazione di gravità sopra indicata/o;
* che nessun altro familiare può prestare assistenza al soggetto portatore di handicap, come risulta da allegate dichiarazioni;
* 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**
* di essere …l… sol… ad utilizzare i benefici previsti dall’art. 33 della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap …………………………... e che lo stesso è assistito in maniera continuativa solo della sua persona;
* che il predetto portatore di handicap è tutt’ora in vita e non è mai stato ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.
* di essere 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.
* di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazione 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.

di impegnarsi a comunicare immediatamente il sopraggiungere di cambiamenti delle situazioni autocertificate e in particolare di quanto dichiarato ai punti di cui sopra e alla revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap grave da parte dell’ASL.

Allo scopo allega:

1. Copia del certificato ASL competente attestante situazione di gravità accertata dall’art. 33, comma 3 L.104/92;
2. certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità)
3. Copia documento di riconoscimento del richiedente;
4. Dichiarazioni dei famigliari

Lauria, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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