

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
ISTITUTO COMPRENSIVO "MARCO POLO"
Via Luigi Fabbri 1
60044 FABRIANO (AN)

OGGETTO: Richiesta fruizione permessi Legge 104/1992 art. 33, comma 2, 3 e 6.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
C.F. _____, residente in _____ (____)
Via _____ n. _____ in servizio presso codesta
Istituzione Scolastica in qualità di _____

CHIEDE

di poter usufruire dei seguenti permessi previsti dall'art. 33, della legge 104/1992, come di seguito indicato:

per sé stesso, ai sensi del comma 6, quale persona maggiorenne con handicap in situazione di gravità (art.3, comma 3) risultante dal verbale della Commissione Medica di _____ nella seduta del _____,

due ore di permesso giornaliero retribuito di cui al comma 2

oppure

tre giorni di permesso mensile di cui al comma 3

per assistere il sottoindicato parente o affine con handicap in situazione di gravità (art.3, comma 3) risultante dal verbale della Commissione Medica di _____ nella seduta del _____):

due ore di permesso giornaliero retribuito di cui al comma 2

oppure

tre giorni di permesso mensile di cui al comma 3

cognome e nome _____ nato a _____ il _____ c.f.: _____ residente in _____ via _____ n. _____ grado di parentela o affinità _____
--

A riguardo il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

DICHIARA

ai sensi sotto la propria personale responsabilità, *ai sensi degli artt. 46 e 47(R) del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:*)

di avere con il disabile sopraindicato in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992, il seguente grado di parentela/affinità _____;

di essere il referente unico (D.L. 18/7/2011, n. 119) che assiste il disabile in situazione di gravità sopraindicato;

- che nessun altro soggetto avente diritto fruisce di alcun beneficio previsto dalla Legge 104/92 per lo stesso soggetto portatore di handicap (allegare dichiarazione di ogni avente diritto che non usufruisce e non intende usufruire degli stessi permessi per lo stesso disabile);
- che il familiare disabile in situazione di gravità sopraindicato non è ricoverato presso una struttura pubblica o privata;
- per l'estensione del diritto ai parenti o affini di 3° grado:
di essere attualmente l'unico parente o affine entro il 3° grado che assiste il disabile sopraindicato in quanto i sottoelencati soggetti legittimati a fruire dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992:
- il padre (anche adottivo o affidatario) della persona disabile
cognome e nome _____ motivazione* _____
 - la madre (anche adottiva o affidataria) della persona disabile
cognome e nome _____ motivazione* _____
 - il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto (art.1, co. 36 e 37. L. 76/2016)
della persona disabile
cognome e nome _____ motivazione* _____

****indicare per ciascun soggetto una delle seguenti motivazioni: ha compiuto i 65 anni di età, è affetto da patologia invalidante (per la quale è obbligatorio allegare documentazione rilasciata da medico specialista del servizio sanitario, medico convenzionato, medico della struttura sanitaria in caso di ricovero), deceduto, mancante.***

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

data _____

firma _____

Allega:

- verbale commissione medica ASL _____ del _____
- dichiarazione rilasciata dai seguenti familiari _____
(far compilare ad ogni familiare interessato il modulo "P-25 dichiarazione altri familiari per fruizione L. 104/1992")