

Ricevuto il _____

Prot. n° _____ / _____ del _____

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ITE "M.MELLONI" PR**

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza a 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; della Circolare n.13/2010 del dipartimento della funzione pubblica e della Legge n.183 del 4 novembre 2010, del D.L. 18 luglio 2011 , n. 119:

giorni n. _____ di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare

entro il 2° grado ovvero 3° grado – rapporto di parentela : _____

Nome e cognome dell'assistito _____ ,

nato/a _____ prov. (_____) il _____ ;

e residente a _____ ;

portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale ,

da fruire ne _____ seguent _____ giorn _____ : dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____

consapevole che:

- la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente;
- L'amministrazione potrà procedere alla verifica delle dichiarazioni sostitutive secondo le modalità previste dagli artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000;
- In caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e che la stessa comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARA:

- che nel corrente mese ha già fruito di n° _____ gg. per il medesimo permesso.
- Dovendo assistere il familiare portatore di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello della propria residenza: _____, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito;
- che il familiare portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso strutture;
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- 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 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 dei disabile;
- che nessun parente e affine entro il secondo/terzo grado è nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

DA COMPILARSI SOLO NEL CASO DI GENITORI BENEFICIARI:

Il sottoscritto _____ dichiara, ai sensi dell'art.4, della legge 4 gennaio 1968, n.15 che l'altro genitore _____, nat a _____ il _____, nello stesso periodo non trovasi in permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap e di aver già usufruito di gg. _____ nel corrente mese (complessivamente per entrambi i genitori).

_____ li, _____

Firma

ORARIO: _____ / _____

VISTO SI CONCEDE
Il Dirigente Scolastico Reggente
Giovanni Brunazzi