

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ docente / personale ata

a tempo indeterminato / determinato in servizio presso questo istituto consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di poter fruire dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art.33, comma 3 della Legge 05/2/1992, n. 104, modificato dall'art. 19 e 20 della Legge n.53 dell'8/3/2000 e dell'art.24 della Legge n.182 del 4/11/2010 al fine dell'assistenza (barrare la casella d'interesse):

- a se stesso
- al sottoindicato familiare in situazione di disabilità:
cognome _____

nome _____
grado di parentela _____
domiciliato a _____

A tal fine allega il verbale di accertamento della Commissione Sanitaria che attesta la situazione di gravità del grado di disabilità, ai sensi dell'art.4, comma 1 della Legge 104/92.

Nel caso di assistenza al familiare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

- 1 di essere:
 - o parente o affine entro il 2° grado del familiare sopra menzionato;
 - o parente o affine di 3° grado del familiare sopra menzionato ma di chiedere la fruizione dei permessi in quanto il coniuge / i genitori del familiare disabile hanno compiuto i 65 anni di età / sono affetti da patologie invalidanti / sono deceduti o mancanti;
 - o di essere convivente di fatto;
- 2 di non essere / essere convivente con l'interessato;
- 3 che nessun altro ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopra indicato;
- 4 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;
- 5 di essere consapevole che la possibilità di usufruire 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;
- 6 che il familiare sopra indicato **non è ricoverato a tempo pieno** in istituti di cura, case per anziani ecc.....e si impegna ad informare l'amministrazione qualora questa situazione venga meno;
- 7 che il familiare che versa in una situazione di disabilità è residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore e attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito;
- 8 a tutt'oggi dichiara l'esistenza in vita.

Il/La sottoscritto/a comunque si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi altra variazione che possa modificare la concessione del permesso richiesto.

Romano di Lombardia, _____

Firma _____