*(da presentare, solo la prima volta, per l’acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)*

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO

“F. GULLO” - COSENZA IV

SEDE

OGGETTO: Domanda per usufruire dei permessi Legge 104/1992 art.33 comma 3.

Il/la Sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo determinato indeterminato presso

codesto istituto comprensivo, plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

* genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
* genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
* Coniuge Figli\_ Madre Padre Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* lavoratore disabile richiedente i permessi.

per assistere il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/L\_ sottoscritt \_ , consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell’art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, DICHIARA che:

* È l’unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ l’altro genitore Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non dipendente dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritt\_ e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

* È consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
* 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 per l’effettiva tutela dei disabili;
* Il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
* Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).
* 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 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

 Cosenza, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

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

Allegati:

* copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai

sensi dell’art.3, comma 3 della Legge 104/1992;

* fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
* dichiarazione (\*)

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

**DICHIARA**

* Che la commissione medica per l’accertamento dell’invalidità istituita presso l’asl di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha riconosciuto la gravità dell’handicap ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;

* di essere soggett\_\_ a revisione il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non essere soggett\_\_ a revisione.
* di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
* di non essere ricoverato a tempo pieno;
* di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
* di non prestare attività lavorativa;
* di essere parente di\_\_\_\_\_\_\_\_grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cosenza, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

*(da presentare ad ogni richiesta di giorni di permesso)*

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 ISTITUTO COMPRENSIVO

“F. GULLO” - COSENZA IV

SEDE

OGGETTO: Permesso giornaliero per Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/la Sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo determinato indeterminato presso

codesto istituto comprensivo, plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di poter fruire dei seguenti permessi previsti dall’art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per

assistere il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Coniuge Figli\_ Madre Padre Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

di non aver usufruito di aver usufruito, nel corrente mese, dei seguenti permessi L. 104/92:

* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_ dichiara che è l’unico familiare ad assistere il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che l\_ stess\_ non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura.

Cosenza, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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