

OGGETTO: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n.104/92.

Il/la sottoscritta/o _____ nata/o il ___/___/___ a
_____ (Prov. _____) residente a _____ (____) via
_____ n _____ in servizio presso Codesto Istituto in qualità di:
 Docente ATA a tempo Determinato Indeterminato

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni,
per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome _____ parentela
_____ fino al II grado

oppure fino al III grado per la seguente motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, L. 104/1992 e s.m.i.:

- coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni;
- genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni;
- coniuge affetto da patologia invalidante;
- genitori affetti da patologia invalidante;
- coniuge deceduto o mancante;
- genitori deceduti o mancanti.

Data e luogo di nascita.....

Residente a..... (.....) via n.....

Riconosciuto/a invalido/a in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L. che si allega.

Se l'assistito è un figlio:

☞ minore di tre anni si no

☞ la fruizione è alternativa con:

genitore coniuge parente o affine fino al II Grado

oppure fino al III grado per la seguente motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, L. 104/1992 e s.m.i.:

- coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni;
- genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni;
- coniuge affetto da patologia invalidante;
- genitori affetti da patologia invalidante;
- coniuge deceduto o mancante;
- genitori deceduti o mancanti.

L'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico si no

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n. 15/1968, dichiara (1):

- il/la sottoscritto/a è assiste con continuità ed in via esclusiva il familiare disabile;
- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;
- per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell'handicap da parte dell'ASL;

- che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratrici che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e nome parentela
 Data di nascita residente non può fornire assistenza perché (2)

Cognome e nome parentela
 Data di nascita residente non può fornire assistenza perché (2)

Cognome e nome parentela
 Data di nascita residente non può fornire assistenza perché (2)

Cognome e nome parentela
 Data di nascita residente non può fornire assistenza perché (2)

- che il sottoscritto conferma di assistere il familiare e si impegna, moralmente e giuridicamente a non far mancare la propria opera a favore del disabile e a comunicare ogni variazione della situazione di fatto e di diritto che comporti la perdita del diritto ai permessi**

Tolmezzo, ____/____/____ (il dichiarante) _____

(1) Barrare solo le caselle che interessano;

(2) Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata nella 2 pagina.

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. E' di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
4. E' Studente/Studentessa;
5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. E' di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta (per gli invalidi di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo);
7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. E' privo di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare).....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****

ISIS" SOLARI" DI TOLMEZZO (UD)

Il Dirigente scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, **AUTORIZZA/NON AUTORIZZA** la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Visto:

Tolmezzo, ____/____/____

DIRIGENTE SCOLASTICO
 Dott.ssa Manuela Mecchia