

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.8 - Camelia Matatia
Forlì (FC)

Oggetto: Istanza per la concessione dei permessi per assistenza ad un familiare disabile (L. n. 104/92 art. 33 comma 3)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____)
il _____, in qualità di _____, con contratto a T.D. / T. I. e in servizio
presso codesto Istituto, con la presente

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii, di essere ammesso/a alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di _____ ORE mensili per l'assistenza del proprio familiare, sig./sig.ra _____, nato/a a _____ (____) il _____, C.F. _____, che risiede nel Comune di _____, in via _____ n. _____, disabile in situazione di gravità.

Tutto ciò premesso, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Quanto segue:

- ☐ Che il sig. / la sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, risulta portatore di handicap grave, come accertato dall'INPS di _____ con verbale n. _____ del _____;
- ☐ Che il grado di parentela intercorre fra il Sig./la Sig.ra _____ - _____ e lo/la scrivente è il seguente: _____;
- ☐ Che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso una struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo;
- ☐ Che il portatore di handicap è privo di ☐ genitori ☐ coniuge
- ☐ Che il portatore di handicap ☐ svolge ☐ non svolge attività lavorativa
- ☐ Che il sig. / la sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, C.F. _____, risiede nel Comune di _____, in via _____ n. _____;
- ☐ Di essere l'unico lavoratore a fruire dei permessi ex Legge 104/92, art. 33 c.3 per l'assistenza al disabile sopra indicato (allegare Modello B.)

OPPURE

- ☐ Ai sensi del D.Lgs. 105/22, che l'assistenza alla persona con disabilità sopra indicata è effettuata in via alternativa con la/le seguenti persone:
 1. Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (____) il _____, residente a _____, in via _____, in servizio presso _____ di _____;

2. Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ () il _____,
residente a _____, in via _____, in servizio
presso _____ di _____;

☐ Che i sottoelencati familiari/ fratelli/ sorelle

Sono impossibilitati ad assistere il/la prorio/a congiunto/a per i motivi di seguito indicati:

- ☐ Di essere 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; 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 del disabile.
- ☐ Di impegnarsi e comunicare al Dirigente Scolastico, mediante elaborazione di apposito piano mensile, le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione del servizio.
- ☐ Che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (ricovero a tempo pieno presso strutture assistenziali, trasferimento delle agevolazioni ed altro familiare, decesso, etc...).
- ☐ Di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Si allegano:

- Copia del verbale della competente Commissione Medica, attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 c. 3 della Legge 104/1992;
- Fotocopia della carta di identità e del codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- Fotocopia della carta di identità e del codice fiscale del/la richiedente.

Forlì, _____

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, considera

☐ regolare

☐ irregolare

la fruizione dei benefici previsti dalla L. 104/92, art. 33 e ss.mm.ii. e ne decreta

☐ la possibilità di fruizione

☐ la non possibilità di fruizione Motivi

di eventuale irregolarità:

Forlì, _____