

ISTANZA PER USUFRUIRE DEI BENEFICI PER ASSISTENZA AI FAMILIARI IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Codice fiscale _____

telefono _____ indirizzo mail _____

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

docente a tempo indeterminato - determinato

assistente amministrativo collaboratore scolastico

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona

disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili per l'assistenza del proprio familiare

Cognome e nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

Codice fiscale _____ rapporto di parentela _____

persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

A tal fine, 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, dichiaro che:

il proprio familiare è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione

(art. 4, c.1. L. 104/92) di _____

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata

che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità

- non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato;
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile (requisito non richiesto solo per l'assistenza prestata dai genitori ai figli);
- 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;

Allega alla presente:

- 1) certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n. _____ di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare;
- 2) dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio (ALLEGATO 1);*
- 3) dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto (ALLEGATO 2);
- 4) dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (ALLEGATO 4);
- 5) Altra documentazione utile _____

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza. Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

Data e luogo _____

IN FEDE

Vista la domanda

- si concede
- non si concede
- si prende atto

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(*prof.ssa Antonia CAVALLONE*)