AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'I.C. MONTALTO UFFUGO SCALO

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92 (per parenti/affini entro il 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge).

\_l\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto scolastico in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 per poter assistere \_l\_ propri\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con una distanza chilometrica tra le due abitazioni pari a Km. \_\_\_\_\_\_\_\_.

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, dichiara che:

- il soggetto da assistere è in vita;

- il soggetto in stato di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del soggetto in stato di handicap grave 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;

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Dichiara, inoltre, che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado:

- è/non è coniugato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega:

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di 'handicap grave' in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica).

- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda

Distinti saluti.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmato

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

Per presa visione:

Il Dirigente Scolastico

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