

Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica Statale 4°
"Verolino -Verone"

Il/la sottoscritt _____ nat_ il _____

A _____ prov. _____, in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di
Docente _Collaboratore_ _Assistente Amministrativo con contratto di lavoro a_ t. ind.to _ t. det.to

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art.33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____ data
di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____ C.F.
_____ residente a _____

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 previsti dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- Il disabile è in vita;
- l'accertamento dell'handicap è __ IRRIVEDIBILE _____ RIVEDIBILE il _____;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun'altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
- di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:**

NOME _____ COGNOME _____ DATA _____ LUOGO DI NASCITA _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel / _____ mail _____

- Solo per dare assistenza a familiari di 3°:
il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
- è coniugato;
- coniugato/a;
- è vedovo/a
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante

Data _____

Firma
