Al Dirigente Scolastico
della Direzione Didattica
di VIGNOLA

OGGETTO: richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 Art. 33 comma 3

Il/La sottoscritto/a_____
Nato/a il _____a_____(Prov. _____)
Residente a_____(_____) via _____n._____
Docente – personale A.T.A. assunto /a con contratto a tempo indeterminato – determinato
In servizio presso la scuola di _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 comma 3 e successive modificazioni, per prestare assistenza alla seguente persona:
Cognome e nome_____grado di parentela _____
data e luogo di nascita _____
Residente a _____(_____) via _____n._____
C.F.:_____

Riconosciuto/a invalido/a in **situazioni di gravità**, come da certificazione rilasciata dal compente collegio medico legale dell' A.S.L. che si allega.
A tal fine, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua responsabilità, ai sensi della legge n. 445/2000,

DICHIARA CHE:

- ☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- ☐ l'altro genitore:
  Sig./ra_____C.F._____
  non dipendente;
  dipendente presso_____beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado:
  - non è coniugato;
  - è vedovo/a;
  - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
  - è stato coniugato, ma il coniuge è deceduto;
  - è 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 e entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
  - è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al disabile 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;
- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste dal punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- ☐ il soggetto in situazione di gravità è residente nel comune di _____ (___) che dista Km. _____ dal mio comune di residenza (in caso di distanze superiori a Km 150 l'art. 6 comma 1, lettera b, del D.L.vo 119/2011 introduce a carico del dipendente l'onere di prova di essersi effettivamente recato, nei giorni di fruizione dei permessi, presso la residenza del familiare da assistere);
- ☐ 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).

Allega alla presente la seguente documentazione:

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

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

Firma

Vignola,________________ ____________________________

********************************Spazio riservato all'Ufficio*******************************

Direzione Didattica di Vignola

Viale Mazzini n. 18 - tel 059/771117 – fax 059/771113

41058 Vignola (MO)

e-mail: moee06000a@istruzione.it e-mail certificata: moee06000a@pec.istruzione.it

http://www.direzionedidattica-vignola.gov.it

Codice Fiscale: 80010950360 – Codice Ministeriale: MOEE06000A

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig./Sig.ra___________________________________ ____________________________________, preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Vignola,_______________ Assistente Amministrativo

____

□□
□□□□□□

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 comma 3 e successive modificazioni ed integrazioni

Il Dirigente Scolastico

Prof. ssa Marina Abbazia