



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE

" BRAGAGLIA "

VIA CASALE RICCI - FROSINONE

AL

Dirigente Scolastico

ISTITUTO DI ISTRUZIONE
SUPERIORE STATALE "
BRAGAGLIA "

SEDE

Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92 (per: figli minori portatori di handicap grave).

I sottoscritt _____ nat a _____ il _____
e residente a _____ in _____, in servizio presso questo Istituto

Scolastico in qualità di :

Docente a tempo indeterminato

Docente a tempo determinato

ATA

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 per poter assistere

l _____ propri _____ Figli _____, nat _____ a _____ il _____

Cod. Fiscale _____

Convivente con il sottoscritto.

Residente a _____ distanza chilometrica _____

(Se superiore a 150 Km. dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili)

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);
- nessun altro familiare lavoratore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di handicap grave;
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al soggetto in stato di handicap grave;
- 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE

" BRAGAGLIA "

VIA CASALE RICCI - FROSINONE

Dichiara inoltre che l'altro genitore _____

Cod..Fisc. _____

Non e' lavoratore dipendente;

Dipendente presso _____

beneficia dei permessi giornalieri per i stessi figli_ con disabilità grave alternativamente

al__ sottoscritt __ nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori

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);

Autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente Unico;

Ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda

Distinti saluti.

FROSINONE, li'

Firmato