**AL**



**Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92**

**Dirigente Scolastico**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " NR. 6 "**

**SEDE**

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

**\_\_\_\_**

**La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in servizio presso questo Istituto Scolastico in qualità di Docente T.I./T.D.**

**CHIEDE**

**di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 per poter assistere il parente o affine (), nato a il e convivente con la sottoscritta.**

**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 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 l'altro genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
- Non e' lavoratore dipendente;**

**- Dipendente presso beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio/a**

**con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a 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.**

**MODENA,**

**Firma**

*Codice modulo: 028c*