**AL**

**Dirigente Scolastico**

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**STATALE " NR. 6 “**

******SEDE**

**Oggetto:Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92 (per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado).**

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).

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: 028b*