



ISTITUTO COMPRENSIVO " Villa Lina - Ritiro"

Scuola ad indirizzo musicale

Scuola Infanzia – Primaria – Scuola Sec. I grado

Via Sila 98121 – MESSINA - Tel.-Fax : 090.363578 Tel. 090.362387

Cod. Mecc. MEIC871006 – meic871006@istruzione.it –c.f. 97093380836

*Al Dirigente Scolastico
I.C. VILLA LINA – RITIRO*

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

Il/La sottoscritt_ _____ nat_ a _____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ tempo determinato indeterminato

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 -comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. _____ (coniuge figlio madre padre / _____) nato a _____ prov. _____ il ___/___/___ e residente a _____prov. _____
Via _____

Il/L_ sottoscritt_, 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:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
- di essere anche l'unico figlio che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.L.vo n. 151/2001.
- (eventuale) l'altro genitore sig. _____ C.F. _____ non dipendente / dipendente presso _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- di essere l'unico figlio/a convivente con il genitore disabile.
- che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 -comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazioni del disabile e/o dei parenti corredate da documenti di riconoscimento(*)