

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. R. Giovagnoli
Via Ticino, 72
00015 Monterotondo (Rm)

__I__ sottoscritt _____, nat __ a _____
il _____, residente a _____ in Via _____,
in servizio nell'anno scolastico _____ presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____,
consapevole che la fruizione del diritto all'assistenza alla persona con handicap in situazione di gravità può essere
riconosciuta ad un solo lavoratore dipendente,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 della L. 104/92 **di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili** quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare, sig. _____
(indicare la relazione di parentela _____), nato a _____
il _____, C.F. _____, residente a _____ in Via _____,
portatore di handicap in situazione di gravità riconosciuto ai sensi
dell'art. 3 della L. 104/92.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

D.P.R.n. 445/2000 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amm.va, artt. 46, 47 e 76

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- che la ASL di _____, nella seduta del _____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3 c. 3 della L. 104/92 di _____;
- che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
 - oppure
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con __I__ sottoscritt__, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale ha chiesto le agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile, e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare l'eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente la revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica di cui all'art. 4, c.1 L. 104/92 e successive modificazioni, integrata ai sensi dell'art. 20, c. 1 del D.L. 78/2009, convertito nella L. 102/2009.

ALLEGA

Verbale della Commissione medica dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave;
(Eventuale) Certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante di cui all'art. 33, c. 3 della L. 104/92.

Data _____

__I__ dichiarante
