

Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODELLO DOMANDA 3 GIORNI DI PERMESSI RETRIBUITI IN QUALITÀ DI REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA A PORTATORI DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ (Legge 104/1992 ART. 33 Comma 3)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in servizio in questo istituto in qualità di \_\_\_\_\_

**chiede**

di fruire dei permessi retribuiti di 3 giorni al mese spettanti per L'ASSISTENZA DEL PARENTE O AFFINE, portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, co.3, L.104/1992, per l'assistenza di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
il quale nei miei riguardi riveste il seguente rapporto di parentela o affinità \_\_\_\_\_

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:

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- 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.

A tal fine :

- \_ allega copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L.104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;

ovvero

- \_ allega certificazione provvisoria del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica ( verbale da presentare non appena possibile);

ovvero

- \_ allega autocertificazione (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) prevista dalla circ. n. 13/2010 funzione pubblica punto 7.
- \_ allega dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva (in caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio).

Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

\_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_