

**Al Dirigente Scolastico
I.C. "Madre Teresa di Calcutta"
Campodipietra (CB)**

Oggetto: Richiesta dei permessi previsti dalla legge n. 104/1992 - A.S. 2022/2023

__L__ sottoscritt__ nat__ a _____ (prov.____) il_____ residente a _____(____)

Via_____ n.____ docente – personale A.T.A, assunt__con contratto a tempo Indeterminato –

Determinato in servizio presso codesto Istituto

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome _____ parentela _____ grado: primo/secondo/terzo

Data e luogo di nascita_____

Residente a _____ (____) via _____ n. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara:

- il familiare è in situazione di gravità (art. 3 co. 3 L. 104/1992), come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'ASL che si allega (data certificato ____/____/____).

- per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle A.S.L.;

- il/la sottoscritto/a assiste con continuità il familiare disabile;

- il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il familiare disabile;

al riguardo, si allegano le dichiarazioni attestanti l'impossibilità dei familiari/affini del disabile di prestare assistenza al familiare/affine disabile:

01) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

02) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

03) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

04) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

05) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

06) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

07) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

08) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

09) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

10) Cognome e nome _____ parentela _____ data dich. _____

si dichiara altresì che, oltre ai sopraelencati, non vi sono altri aventi diritto familiari/affini del disabile entro il secondo grado, oppure entro il terzo ove ricorrano le previsioni della L. 104/92;

- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;

- a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita del familiare disabile.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio*.

* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/la dichiarante

Campodipietra,

.....

ALLEGATI:

- 1) certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'ASL
- 2) dichiarazioni dei familiari/affini del disabile corredate da documento di identità

NOTA: è esclusa la possibilità di fare riferimento a documenti altrove depositati