Prot.n°\_\_\_\_\_ Al Dirigente Scolastico IC RICCI-SEDE

**Oggetto: prima *istanza tendente alla concessione dei permessi per assistenza ad un familiare* *Disabile – (LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3).***

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso

questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter

assistere il Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_con il quale è nella seguente relazione di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo stesso/a è a conoscenza degli artt. 43, 71, 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.

relativi alle verifiche che l’Amministrazione può procedere ad effettuare sulle autodichiarazioni e delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, anche riguardo al persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

**DICHIARA**

* Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

*(Barrare la voce di interesse)* ***se l’assistito è figlio***l'altro genitore:

Sig./ra ……………………………………………………C.F………………………………………………………………………………

* 1. non sussiste;
	2. sussiste e:
		1. non effettua lavoro dipendente *oppure*;
		2. effettua lavoro dipendente presso…………………………………………………………… Non beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con

disabilità grave

* + - * beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori
* In caso di figlio adottato/affidato:
1. Data del provvedimento di adozione/affidamento………………………….. emessa dal

Tribunale di …………………………… provvedimento nr. …………………….. valido fino al

………………………… e che quindi l’assistito risulta sul proprio stato di famiglia come

figlio o affidato;

* il soggetto in situazione di disabilità grave con al quale si presta assistenza esclusiva (*Barrare la voce di interesse)*:

o non è coniugato; o è vedovo/a;

o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;

o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;

1. è stato coniugato ma il coniuge èdeceduto; o è separato legalmente o divorziato;

o è coniugato ma in situazione di abbandono; o ha uno o entrambi i genitori deceduti,

o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;

o ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

1. di essere con l’assistito in situazione di (*Barrare la voce di interesse)*:
	* + convivenza
		+ non convivenza e di risiedere a \_\_\_\_\_ km dalla residenza dell’assistito
2. di essere 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;
3. 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
4. il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
5. è a conoscenza di dover comunicare all’Amministrazione tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita del diritto alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, non conferma dell’affidamento etc.);

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di "disabilità

grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza;

1. dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore

legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge *oppure;*

1. dichiarazione di tutti gli altri familiari/affini aventi diritto ai benefici di cui all’art 33 c. 3
2. Nei casi previsti – provvedimento Autorità Giudiziaria di adozione/affidamento *oppure* di nomina a tutore legale in corso di validità;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto le informazioni fornite

dal titolare del trattamento ai sensi dell’art. 13 D.Lgs 101/2018 e del GDPR.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_