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 6, L. 104/92 per se stesso

 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il quale è nella seguente relazione di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*A tal fine, 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:***

  il disabile è in vita;

l’accertamento della disabilità è     SOGGETTO A REVISIONE IL\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                  NON SOGGETTO A REVISIONE 

 il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n.13/2010);

 di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;

 di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto

*NOME COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUOGO DI NASCITA\_ \_\_\_\_\_\_DATA\_\_\_\_\_\_*

*VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV*\_\_\_\_\_\_\_\_
*TIPO DI PARENTELA*\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 Solo per assistenza a familiari di 3°:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

 è coniugato/a;

 è vedovo/a;

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

 è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;

 è stato coniugato, ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;

 è coniugato, ma in situazione di abbandono;

 ha uno o entrambi i genitori deceduti;

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

 ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

 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;

 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;

 di essere 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;
2. 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;*
3. dichiarazione di tutti gli altri familiari/affini aventi diritto ai benefici di cui all’art 33 c. 3
4. 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

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