

MODULO RICHIESTA PERMESSI

Legge n° 104/92

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.P.I.A.S. "O. Olivieri"

_____ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di

DSGA Assistente amministrativo Collaboratore Scolastico Docente

a tempo indeterminato determinato

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra _____, nato a _____ il... (indicare il grado di parentela):
_____ persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n. ____ di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 2.**
3. Documento di identità del richiedente e del familiare assistito.

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale

intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza. 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.

Tivoli,

IN FEDE

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
dell'I.P.I.A.S. "O.OLIVIERI"

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2023/24 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE

Il/La sottoscritt _____ nat _a _____
_____ prov. (____) il _____

- convivente
- non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra _____
(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, per cui
il\la Sig.\ra _____ ha richiesto al suo datore di
lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi: _____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

*Allego documento di identità del dichiarante

Tivoli, _____

Firma

