**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. 2 POGGIBONSI**

**RICHIESTA PERMESSI L.104 /1992 – assistenza familiari**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato/determinato.

**CHIEDE**

di poter ottenere il riconoscimento del diritto ai permessi previsti dall’art. 33 della legge n. 104 del 5

febbraio 1992 e succ. modificaz., per l’assistenza al proprio familiare Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indicare relazione di parentela)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000,art.46 e 47, che:

(Circ.Funz.Pubb.n.13/6.12.2010 che disciplina la L.183/2010 art.24)

* Il /la sottoscritto/a ………………………………presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni , che risulta unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva, e che lo stesso familiare non è ricoverato a tempo pieno;
* è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
* il/la sottoscritto/a 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 solo per l’effettiva tutela del disabile;
* il/la sottoscritto/a è consapevole delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci;
* il/la sottoscritto/a, **si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto** da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (compreso eventuali ricoveri del parente in situazione di handicap)
* il/la sottoscritto/a 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.

Si allega:

* n. 1 certificato A.S.L. (verbale Commissione Medica) p.7 Circolare n.13/6.12.2010, attestante lo stato di handicap **in situazione di gravità del familiare**;
* dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario con il/la sottoscritto/a e che lo stesso 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, dell’amministratore di sostegno o atto notorio*)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE da assistere in SITUAZIONE DI GRAVITA’

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………….

Nato a ………………………………………………………………il …………………………………..

Residente a ……………………………………………………………………………………………….

Via …………………………………………………………………………………………………………..

DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità , ai sensi del DPR 445/2000 :

di non essere ricoverato a tempo pieno

Di essere GENITORE / FRATELLO / SORELLA / SUOCERO / SUOCERA

…………………………………………………. del richiedente

Che il proprio genitore o il proprio coniuge :

hanno compiuto i sessantacinque anni di età ,

sono deceduti o mancanti

sono anche essi affetti da patologie invalidanti

Di essere in stato di handicap di gravità accertato dalla Competente

Commissione Medica di ……………………… in data………………

Che il Sig. / Sig.ra ………………………………………………………………………

è l’unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera

ed in forma esclusiva.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_