**ALLEGATO 1**

**Al Dirigente Scolastico dell’IC**

**G. OBERDAN - VITTORIO EMANUELE III**

***Oggetto: Richiesta permessi di cui all’art.33 della Legge104/1992 e s.m.i.***

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

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, domiciliato in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con completamento presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 (o comma 6), della legge 104/1992 ai fini

dell’assistenza del Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_,

con cui è legata dal seguente vincolo di parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del DPR 28.12.2000, N. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

***DICHIARA***

che:

* nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, e quindi è il solo ad utilizzare i benefici previsti dall’art. 33 della l. 104/1992;
* che gli altri familiari sono impossibilitati per motivi oggettivi a prestare assistenza al soggetto disabile: vedi dichiarazione degli altri aventi diritto;
* (se il beneficiario è figlio del richiedente):

l'altro genitore Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, non dipendente/ dipendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori (se la richiesta di assistenza riguarda il figlio disabile: altrimenti cancellare);

* il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
* il soggetto portatore di handicap è tutt’ora in vita;
* con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità (indicare quale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* oppure di parentela /affinità di 2° grado (indicare quale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* oppure di parentela/affinità di 3°grado (indicare quale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che il soggetto portatore di handicap da assistere è/non è (barrare la voce che interessa):

 non è coniugato;

 è vedovo/a;

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

 è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;

 è stato coniugato, ma il coniuge è deceduto;

 è 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 genitori affetti da patologia invalidante;

* DICHIARA altresì di essere consapevole che:

- se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;

- **ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno) va tempestivamente comunicata all’Ente di appartenenza entro max. 30gg;**

- **la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili;**

- **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;**

- ai sensi dell’art.20, comma 3, della legge 102/2009, il dirigente della struttura cui è rivolta la presente istanza può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno delle condizioni di invalidità ed handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92;

- qualora la Commissione medica, nelle ipotesi di cui ai punti 2) e 3) di seguito indicati, non dovesse riconoscere i benefici di cui all’oggetto, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

**Allega alla presente la seguente documentazione**:

1. COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL’APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di ‘disabilità grave’ ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992.

In alternativa: nell’ipotesi di patologia oncologica ove, trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave non sia stato rilasciato dalla competente Commissione Medica ancora il verbale di cui al punto 1): 1.bis certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere.

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 (allegato 2);

3. copia di carta di identità dell’assistito in corso di validità;

4. allegato 2bis (dichiarazione degli altri componenti del nucleo familiare)

4. nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;

5. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

6. la restante documentazione (ALLEGATI) prevista dalla scuola

ANDRIA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN FEDE

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO Firma del dipendente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_