Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "LOMBARDO RADICE FERMI"
CUSTONACI

_____sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ **DSGA** ☐ **Assistente amministrativo** ☐ **Collaboratore Scolastico** ☐ **Docente**

a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

residente a..... Via.....n° civico.....

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,

C H I E D E

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_____residente in_____Via _____
(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' INPS di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare**.(a)**
2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo 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 dichiarazionepersonale* **ALLEGATO 1.**
3. Dichiarazione che eventuali parenti dello stesso grado o di grado più stretto non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 2.**
4. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**

(a) (Se già depositata agli atti della scuola fare riferimento a quella)

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.

Custonaci, lì_____ IN FEDE

_____

☐ SI AUTORIZZA
☐ NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Anna Bica)

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "LOMBARDO RADICE FERMI"
CUSTONACI

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2022-2023 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104/1992.

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo 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 di chi presta assistenza.

Il/La sottoscritt_____nat_a _____prov. (_____) il_____, familiare con disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra _____(specificare la relazione di parentela o affinità), il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92, **è l'unico referente alla propria assistenza** alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

_____li,_____ Firma

_____

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "LOMBARDO RADICE FERMI"
CUSTONACI

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2022/2023 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.

_____li,_____ Firma

_____

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "LOMBARDO RADICE FERMI"
CUSTONACI

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2022/2023 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La sottoscritt _____

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,

DICHIARA

che il familiare_____in stato di disabilità grave per il quale il/la sottoscritto/a ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva da parte del/della sottoscritto/a.

_____li,_____ Firma

_____