Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO
LI PUNTI - SASSARI

OGGETTO : RICHIESTA PERMESSI L.104 /1992 – assistenza familiari

Il/La sottoscritto/a .....in servizio presso codesta Scuola 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