

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. " FRANCESCO SEVERI"

CRISPIANO

Oggetto: permesso per assistenza familiari (ai sensi della Legge n. 104 art. 33 comma 3 del 05.02.1992.) - Personale A.T.A.

Il/la sottoscritto/a

nato/a a prov. il

in servizio nel corrente anno ' scolastico / con la qualifica di a tempo determinato indeterminato

CHIEDE

(Ai sensi dell' art. 32 comma 1 del C.C.N.L.18/04/2018)

Alla S.V. di poter fruire del permesso retribuito

per il giorno:

o per il periodo: dal al

per complessivi giorni:

in cifre

in lettere

per assistere il / la:

grado di parentela

nome e cognome

nato/a a il

portatore di handicap grave accertato (art.33, comma 3 - L.104/92), come da documentazione depositata agli Atti della Scuola e consapevole delle sanzioni previste dalla legge penale (art.76 del D.P.R. n. 445/2000) e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

che il proprio familiare:

è portatore di handicap grave; (come da documentazione depositata agli Atti)

non svolge attività lavorativa

svolge attività lavorativa

non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati ;

è ricoverato/a a tempo pieno presso ,

con necessità di assistenza dietro richiesta dei sanitari della struttura;

di convivere con il il/la sig sopraccitato/a

(coabitare o risiedere nel medesimo stabile e medesimo numero civico) (vedi allegata dichiarazione degli altri componenti familiari depositata agli Atti);

di non convivere con il il/la sig sopraccitato/a,

che il/la sig. sopraccitato/a risiede a

che dista -Km dall'abitazione del richiedente, con tempi di percorrenza di min.

di essere l'unico soggetto a prestare assistenza continua, sistematica ed esclusiva al disabile grave;

(vedi allegata dichiarazione degli altri componenti familiari depositata agli Atti);

che non ci sono altri parenti /affini entro il 3° grado che fruiscono di permessi per lo stesso disabile;

che il disabile grave non convive con altri soggetti non lavoratori in grado di assisterlo;

che il disabile grave convive con altri soggetti non lavoratori, ma non può ricevere assistenza da questi, per situazioni di oggettiva impossibilità; (come da dichiarazione depositata agli Atti)

che il/la sig./ra è

coniugato/ε' vedovo/i, divorziato/ε, single

Se coniugato/a, dichiara, altresì che il coniuge del/la sig./ra sopraccitato/a è

di età superiore ai 65 anni' che è soggetto portatore di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4, comma 1, della legge 104/92 (vedi allegata dichiarazione sostitutiva di certificazione depositata agli Atti)

Il/la richiedente si impegna a comunicare ogni evento o nuova situazione rilevante per il diritto o per le modalità di fruizione del beneficio.

Reperibilità:

(via - comune - cell./ tel.)

Crispiano,

F.to

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.Lgs n. 39/1993