

ISTITUTO COMPRENSIVO "GIOSUE' CARDUCCI"

Via Torino, 10 – c.a.p. 80030 – MARIGLIANELLA (Napoli)

Tel. Fax 081 8854347 – C.F. 92018540630 –

posta istituzionale naic868007@istruzione.it

sito web.: www.icsarduccimariglianella.edu.it

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. "Carducci" di Mariglianella

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ prov. (____), qualifica

_____ con contratto a tempo determinato indeterminato

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 -della legge 104/1992 per assistere il/la sig. _____

_____ (coniuge figlio madre padre /) nato a _____ prov. _____ il ___/___/___ e

residente a _____ prov.() in n. Via _____

Il/La sottoscritt __, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
- di essere anche l'unico figlio che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.L.vo n. 151/2001.
- di essere l'unico figlio/a convivente con il genitore disabile.
- che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Firma

Data _____

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazioni del disabile e/o dei parenti corredate da documenti di riconoscimento (*)