

AL DIRIGENTE SOLASTICO

____ sottoscritt _____ nat ____ il _____ a
_____ (Prov. _____) residente a _____ (Prov. _____), Via /P.zza
_____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di
_____, con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato/Determinato

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa- D.P.R. 28.12.2000, n 445)

Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell' handicap (ai sensi dell' art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____ (data adozione/affido) _____ Data e luogo di nascita _____ Residente a _____, (Prov. _____), Via/P.zza _____, n _____ come risulta dalla certificazione che si allega.

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- Di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;

oppure

- Di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente con il/la sig. _____ nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra gli assistenti (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro) (D.lgs n 105 del 13/08/2022);

oppure

- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;

oppure

- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità ed esclusività l'assistenza allo stesso;
- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità (Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore):
 - tre giorni al mese;
 - Due ore al giorno dalle ore ____ alle ore _____;
 - Di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/ autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71,75e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materie di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000. n 445.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Luogo, _____ data ____/____/____ FIRMA _____