AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 I.C. “A. MANZONI”

 82031 AMOROSI

# Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

 \_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov . ( \_\_\_\_) in servizio presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

## CHIEDE

in applicazione dell’art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104 , come modificato dall’art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall’art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall’art. 20 della legge 8/3/2000, n. 53,e successive modifiche ed integrazioni,

 giorni n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di **PERMESSO RETRIBUITO** **per assistere il proprio familiare** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire ne \_\_\_\_ seguent \_\_\_ giorn \_\_\_ :

* **dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_**
* **dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_**
* **dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_**
* **dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_**

**Si allega:**

* **documentazione sanitaria**
* **documento di riconoscimento dell’assistito**
* **documento di riconoscimento del dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(Art. 47 , D.P.R. 445 del 28.12.2000)

…l… sottoscritt… ................................................................................................................................................

nat… il ..............….. a........................................................................................................................(prov.........)

residente in …………………………………………………………………….……………………………( prov.........) via ……………………………………………………………………………………………………………. n ………

pienamente consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai secondo le previsioni del Codice Penale come sancito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e perderà i benefici così acquisiti (art. 75), ai sensi dell’art.47 del D.P.R. 445/2000

**D I C H I A R A n e l p r o p r i o i n t e r e s s e**

i seguenti **stati, qualità personali o fatti** che sono **a propria diretta conoscenza**, relativi

|\_| a se stesso

|\_| alla seguente altra persona, ma la dichiarazione è resa nell’interesse proprio del dichiarante

Sig. … ..................................................................................................................................................................

nat… il ..............….. a........................................................................................................................(prov.........)

residente in ………………………………………………… via …………………………………………… n……

* Che è l’unico/a referente per l’assistenza al ...........................................................................(indicare nominative dell’assistito e grado di parentela) affetto da handicap grave, non ricoverato a tempo pieno c/o istituti specializzati;

oppure

* Che l’assistenza al familiare è condivisa con i/la sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che rinuncia al beneficio per il periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(allegare dichiarazione di rinuncia con copia documento di riconoscimento)
* Che l’assistito/a **è convivente** con il/la sottoscritto/a in via……………………………………………………………………...…….……inserire indirizzo completo)
* che non ha mai usufruito di congedo straordinario per assistenza a portatore di handicapp.

 Oppure

* I precedenti periodi di congedo straordinario per l’assistenza al disabile sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono I seguenti :
* Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al…………………………
* Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al…………………………
* Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al…………………………
* Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al…………………………
* Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al…………………………
* Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al…………………………

per un totale di mm ..............gg.................

* Che non ha mai usufruito di congedo per gravi e documentati motivi familiari
* Che nessun altro familiar ha mai usufruito del congedo straordinario biennale per lo stesso disabile.

Oppure

* Che per lo stesso disabile sono stati fruiti I seguenti periodi:

 Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al…………………………

 Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al…………………………

 Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al………………………

 Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al………………………

 Dal …………………… al ……………………….. dal ………………………al………………………

.........................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

……………………….…. …………………………………

*luogo e data Firma del dichiarante (\*)*

(\*)

|\_| Il dichiarante ha firmato in presenza dell’impiegato addetto a ricevere l’atto ed è stato da lui identificato Oppure, in alternativa:

|\_| Il dichiarante ha allegato copia di un valido documento d’identità (solo in caso di spedizione fax o postale o consegna tramite incaricato ).

|\_| il dichiarante ha spedito l’istanza per via telematica tramite collegamento identificato da carta d’identità elettronica o carta nazionale dei servizi oppure l’ha sottoscritta con firma digitale valida.