AL D.S. DEL LICEO TASSO SALERNO

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

Il/La sottoscritt__ _____nat__ a _____ prov. (_____) il _____, qualifica_____ tempo □determinato □indeterminato

C H I E D E

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. _____ Via _____

Il/L__ 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 :

□ di essere referente unico per la persona con disabilità grave al fine della fruizione per l'intero anno scolastico dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.vo n. 151/2001;

□ di essere referente della persona con disabilità grave insieme a_____(grado di parentela con l'assistito _____) . **(In tal caso i 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.vo n. 151/2001, saranno fruiti alternativamente tra gli aventi diritto);**

□ *(eventuale)* l'altro genitore sig. _____ C.F. _____ non dipendente / dipendente presso_____

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

□ 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 consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____li _____ Firma

_____

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(*)