Istituto di Istruzione Secondaria Superiore
Margherita Hack
Cotronei Via Laghi Silani 13- KR Sedi di Cotronei - Petilia Policastro
kris00200r@istruzione.it Kris00200r@pec.istruzione.it www.iismargheritahackcotronei.edu.it
Tel-Fax 0962 44430 Codice Meccanografico KRIS00200R Cod. Fisc. 91016760794

l/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____a _____(Prov.___) in Via /Piazza

_____-__n° ____

in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità

di _____ Area _____(C.C.N.L. 16/11/2022) con

contratto a tempo □ indeterminato □ determinato dal _____ al _____

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi mensili (3 GIORNI O 18 ORE) previsti dall'art. 33, comma 3, della L. n. 104/1992 per assistere il seguente soggetto con disabilità grave: _____ nato a

_____ il _____, C.F.

_____ legato al/alla sottoscritto/a dal seguente rapporto di parentela (qualora ricorra la fattispecie, indicare "convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36, della L. n. 76/2016" o "altra parte dell'unione civile di cui all'art. 1, comma 20, della L. n. 76/2016", considerati a tal fine al pari del coniuge):

_____ .

A tal fine si allega:

– certificazione ai sensi della L. 104/92, attestante la condizione di handicap in situazione di gravità del soggetto disabile da assistere;

– autocertificazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il carattere dell'assistenza.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a
_____ nato/a a

_____ (_____) il _____

residente a _____ (___) in Via _____
n. ____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e dei controlli che il Comune di …… potrà effettuare per verificare quanto dichiarato,

DICHIARA

(barrare la casella che interessa)

□ che sarà l'unico lavoratore/l'unica lavoratrice dipendente che usufruirà dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, della L. n. 104/1992 e s.m.i. per l'assistenza prestata in favore del/della Sig./Sig.ra
_____ nato/a a

_____ il _____
residente a
_____ in

via _____;

□ che usufruirà dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, della L. n. 104/1992 e s.m.i. per l'assistenza prestata in favore del/della Sig./Sig.ra
_____ nato/a a
_____ il _____ residente a
_____
__ in via _____, in alternativa con
_____, dipendente/i presso _____,
C.F./P. IVA _____, con sede legale/operativa a
_____, in Via _____, n. _____;

□ che nei confronti dello stesso soggetto da assistere, il/i seguente/i soggetto/i fruisce/fruiscono del congedo straordinario ex art. 42, comma 5, del D.Lgs. n. 151/2001 (*ovvero*) dei permessi di cui all'art. 33 del D.Lgs 151/2001 (*ovvero*) dei permessi di cui all'art. 33, comma 2, della L. n. 104/1992 e art. 42, comma 1, del D.Lgs. 151/2001 (*scegliere i riferimenti normativi di interesse*): _____ dipendente/i presso _____. In ogni caso, la fruizione dei vari istituti da parte di tutti i soggetti beneficiari non avverrà nelle medesime giornate;

□ (*solo se la residenza della persona assistita è in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 km rispetto a quello del lavoratore)* di impegnarsi a fornire di volta in volta apposita attestazione del raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito/a, mediante titolo di viaggio, o altra documentazione idonea;

□ che l'assistito/a non è ricoverato a tempo pieno;

ovvero

□ di dover prescindere dalla condizione di "non ricovero" dello stesso/della stessa in quanto rientrante nel seguente caso (come risulta da documentazione allegata):

¤ interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;

¤ ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale; ¤ ricovero a tempo pieno di un soggetto in situazione di disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;

– di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione ogni qualsiasi variazione in merito a quanto dichiarato nella presente richiesta.

Data _____

Firma _____

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

_____

_____

_____

Cotronei _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____