

## Al Dirigente Scolastico del Liceo Marconi di San Miniato

### MODULO RICHIESTA PERMESSO DELLA LEGGE 104/1992

Il/La sottoscritto/a

nato/a  Prov.  il

C.F.  e residente a

in Via  n.  cap  Prov.

in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di

con contratto a tempo

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti

### CHIEDE

alla S.V., di poter fruire dei permessi mensili previsti dall'art. 33 della Legge 104/1992 e s.m.i per l'assistenza:

a se stesso, lavoratore disabile con riconosciuto stato di gravità (art. 33 comma 3 e 6 legge 104/92);

al sotto indicato familiare disabile in situazione di gravità (parente o affine entro il secondo grado. In caso di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età, il diritto è riconosciuto a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità, art. 33 comma 3 legge 104/92):

Cognome  Nome

nato/a  Prov.  il

C.F.  e residente a

in Via  n.  cap  Prov.

grado di parentela/affinità

di usufruire di giorni n.  di permesso retribuito dal giorno  al giorno

**OPPURE**, per il solo **PERSONALE ATA**, in alternativa al punto precedente, di usufruire nel giorno  di numero ore  dalle ore  alle

Nel caso di assistenza al familiare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

## DICHIARA

quanto segue (*barrare le caselle che interessano*), consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

di essere l'unico familiare a fruire dei permessi per il disabile in questione;

di usufruire dei permessi, alternativamente, ai/l seguente/i avente/i diritto:

1. Cognome e Nome  nato/a il

a  grado di parentela con il disabile

lavoratore presso

con sede in

2. Cognome e Nome  nato/a il

a  grado di parentela con il disabile

lavoratore presso

con sede in

- che l'altro/gli altri beneficiario/i ha/hanno usufruito per il mese in corso di n. giorni  ;
- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- che il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- che il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
- che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;
- che il disabile si trova in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;
- che il familiare disabile è parente o affine di III grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto i 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (*specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra*)

A tal fine **dichiara** che il/la sottoscritto/a è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità e adeguatezza. Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale **impegno** di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza.

Il/La sottoscritto/a si **impegna** a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio, qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/La sottoscritto/a *assume*, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale *impegno* di comunicare attraverso il **Portale ARGO**, con congruo preavviso, le richieste di permessi ex art.33 legge n.104/92, ove possibile, all'intero mese di fruizione, allegando la presente autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000 sotto la propria responsabilità, ed aspettare che la richiesta sia formalmente vistata.

### AVVERTENZA:

La programmazione ha lo scopo di accordo per contemperare le esigenze del disabile con quelle organizzative dell'Istituto, ben potendo essere soggetta a revoca quando il lavoratore ritiene che l'assenza da scuola non sia del tutto necessaria. L'assenza **non** comunicata attraverso il **Portale ARGO** costituisce *assenza ingiustificata*.

Data, , Li

Firma del Richiedente