

Al Dirigente Scolastico

.....  
.....

**OGGETTO:** *Domanda di ammissione ai permessi art. 33 comma 3 L. 104/92 e art. 42 comma 3 D. Lgs. 151/2001*

  1   sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto istituto in qualità di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter fruire dei permessi mensili previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92 e dall'art. 42 comma 3 del D. lgs. 151/2001 per:

cognome e nome \_\_\_\_\_ rapporto di parentela

\_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara:

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
- che il portatore di handicap è convivente con   1   sottoscritt\_
- di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, che è residente nel

Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun altra persona è in grado di prestargli assistenza

- che il portatore di handicap é in condizione di handicap grave accertata dalla ASL di

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave

(oppure)

che l'altro familiare (genitore/coniuge/parente), dipendente presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con \_\_1\_\_ sottoscritt\_\_, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i familiari (in tal caso l'altro genitore/coniuge/parente è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità)

che la commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

che la certificazione, rilasciata dall'ASL, è soggetta a revisione con scadenza il \_\_\_\_\_

A tal fine allega copia autenticata del certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap accertato ai sensi del art. 4 comma 1 della legge 104/92.

\_\_1\_\_ sottoscritt\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, o nel caso di formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'istituto, dichiara che le notizie fornite e gli atti allegati alla presente rispondono a verità. Inoltre si impegna a comunicare tempestivamente la variazione delle notizie e situazioni di cui alla presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione ASL;
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

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

\_\_\_\_\_  
*Firma del richiedente*

\_\_\_\_\_  
*Firma dell'altro familiare*

\_\_\_\_\_