

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARE DISABILE (LEGGE 104/92).**

Il sottoscritto _____
 nat_ a _____ il _____
 in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____
 con contratto a Tempo Determinato/Indeterminato

PREMESSO

di essere legato dal seguente **rapporto di parentela** _____

Al sig. _____ nat_ a _____ il _____

il quale risulta affetto da handicap i situazione di gravità **accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1**, della Legge 104/92,

CHIEDE

di usufruire:

del permesso mensile per assistenza al familiare/affine disabile (**art. 33, comma 3, L. 104/92 e art. 42, D. Lgs. 151/01**):

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

A tal fine:

si impegna a presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL non si è provveduto a revocare, rettificare o modificare circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonché a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei presupposti per la fruizione dei permessi stessi.

Dichiara che il disabile non è ricoverato a Tempo pieno presso istituti specializzati; che nessun altro parente o affine entro il II° grado usufruisce delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per il medesimo disabile

DATA

FIRMA DEL DIPENDENTE (**leggibile**)

La presente è pervenuta in data _____

Il dipendente ha già fruito di complessivi n. ____ nel corrente mese di _____

Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 28 Dicembre 2000, n. 445). Il dichiarante decade dal beneficio eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, DPR 28 Dicembre 2000, n. 445).

VISTO : si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 (dott.^{ssa} Giuseppina Broccio)