

Al Dirigente Scolastico
Liceo Artistico "E.Catalano"
Palermo

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI L. 104

Il/L_____ sottoscritt _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente Personale Ata
a tempo indeterminato determinato

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra _____, nato a _____ il __.__.__, indicare il grado di parentela: _____ persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

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** che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- 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);
- 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.

Allega alla presente: *(barrare le caselle interessate)*

- Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n.____ di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
- Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio. ALLEGATO 1.*
- Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 2.**
- Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**

Le dichiarazioni da compilare di cui ai punti 2,3,4 e 5 sono allegate alla presente.

A tal fine

DICHIARA

che è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

che è 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;

che 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;

che assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

IN FEDE

FIRMA AUTOGRAFA

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
Liceo Artistico "E.Catalano"
Palermo

OGGETTO: individuazione referente unico -

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE ATTESTANTE IL RAPPORTO FIDUCIARIO COL RICHIEDENTE E CHE IL RICHIEDENTE MEDESIMO È L'UNICO REFERENTE DELLA SUA ASSISTENZA ALLA QUALE SI DEDICA IN MANIERA ED IN FORMA ESCLUSIVA.

In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.

Il/La sottoscritt__ _____ nat__a
_____ prov. (____) il _____, familiare con disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che

il/la Sig./ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____, **in servizio presso il Liceo Artistico Catalano in qualità di** _____ a tempo _____, il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, **È L'UNICO REFERENTE** alla propria assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva

che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e/o genitori:

barrare la casella che interessa

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> hanno superato i 65 anni di età | <input type="checkbox"/> sono affetti da patologie invalidanti |
| <input type="checkbox"/> sono deceduti | <input type="checkbox"/> sono mancanti |

che il proprio nucleo familiare è composto da i seguenti componenti:

Sig./ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____

Sig./ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____

Sig./ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____

Sig./ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____

Si allega documento di identità del sottoscritto.

IN FEDE

FIRMA AUTOGRAFA CON ALLEGATO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
Liceo Artistico "E.Catalano"
Palermo

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 1°, 2° e 3° GRADO DI PARENTELA .

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE (ove previsto)

Il/La sottoscritt__ _____ nat__a _____
_____ prov. (____) il _____

- convivente
 non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra _____
(specificare la relazione di parentela o affinità) _____ , per cui
il\la Sig.\ra _____ ha richiesto al suo datore di
lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi: _____
e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

OVVERO

di averne fruito dal _____ al _____

Si allega documento di identità del sottoscritto.

_____ li, _____

Firma _____
FIRMA AUTOGRAFA CON ALLEGATO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Una copia per ogni componente familiare.

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
Liceo Artistico "E.Catalano"
Palermo

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON
DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 1°, 2° e 3° GRADO DI
PARENTELA .

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/L_____ sottoscritt _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente Personale Ata
a tempo indeterminato determinato

**consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona
disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,**

DICHIARA

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

che il familiare _____
in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, **non è
ricoverato a tempo pieno** presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere
continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a.

IN FEDE

FIRMA AUTOGRAFA