

Al Dirigente Scolastico

I.C. Ilaria Alpi - Ladispoli

Oggetto: Domanda di fruizione dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 legge 104/1992

__ I __ sottoscritt__
nat_ il __/__/__ a __ prov. (__) in servizio
presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di __
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993, n. 324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423, nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000, n. 53, giorni n. ____ di **PERMESSO RETRIBUITO**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne __ seguent __ giorn __ :

dal __/__/__ al __/__/__

dal __/__/__ al __/__/__

dal __/__/__ al __/__/__

____ li, _____

Firma

Al Dirigente Scolastico

I.C. Ilaria Alpi -Ladispoli

Il/la

sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

QUALIFICA		
☐ Assistente Amministrativo	☐ tempo indeterminato.	☐ tempo determinato.
☐ Assistente Tecnico	☐ tempo indeterminato.	☐ tempo determinato.
☐ Collaboratore scolastico	☐ tempo indeterminato.	☐ tempo determinato.

in servizio presso Codesta Istituzione Scolastica nel corrente a.s. _____ /
_____ dal _____ al _____

consapevole delle responsabilità penali, cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, previste dall'art. 76 del T.U. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole che la mancata veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato,

CHIEDE

Alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____

Con il/la quale ha il seguente grado di parentela _____

DICHIARA CHE

Il/la Sig./ra _____

- non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati e che necessita di assistenza a carattere continuativo da parte del sottoscritto/a;
- che non vi sono altri conviventi, parenti o affini entro il secondo grado, idonei a prestare assistenza continuativa;
- che il/la sottoscritto/a è l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza;
- che il/la Sig./Sig.ra _____ abita nel Comune di _____

- che il/la Sig./ra _____
☐ non è dipendente ☐ è dipendente presso _____
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al Dirigente Scolastico le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

(firma del dipendente)

Allegati:

- Certificazione della commissione medica dell'AUSL da cui risulta la gravità dell'handicap e l'esigenza di assistenza continuativa, globale e permanente.

Il/la
sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

QUALIFICA		
☐ Docente	☐ tempo indeterminato.	☐ tempo determinato.

In servizio presso Codesta Istituzione Scolastica nel corrente a.s. _____ /
_____ dal _____ al _____

consapevole delle responsabilità penali, cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, previste dall'art. 76 del T.U. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole che la mancata veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato,

CHIEDE

Alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____

Con il/la quale ha il seguente grado di parentela _____

DICHIARA CHE

Il/la Sig./ra _____

- non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati e che necessita di assistenza a carattere continuativo da parte del sottoscritto/a;
- che non vi sono altri conviventi, parenti o affini entro il secondo grado, idonei a prestare assistenza continuativa;
- che il/la sottoscritto/a è l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza;
- che il/la Sig./Sig.ra _____ abita nel Comune di _____
- che il/la Sig./ra _____
☐ non è dipendente ☐ è dipendente presso _____
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al Dirigente Scolastico le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

(firma del dipendente)

Allegati:

- **Certificazione della commissione medica dell'AUSL da cui risulta la gravità dell'handicap e l'esigenza di assistenza continuativa, globale e permanente.**

Il/la
sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

QUALIFICA		
☐ Assistente Amministrativo	☐ tempo indetermin.	☐ tempo determ.
☐ Assistente Tecnico	☐ tempo indetermin.	☐ tempo determ.
☐ Collaboratore scolastico	☐ tempo indetermin.	☐ tempo determ.

in servizio presso Codesta Istituzione Scolastica nel corrente a.s. _____ /
_____ dal _____ al _____

consapevole delle responsabilità penali, cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, previste dall'art. 76 del T.U. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole che la mancata veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato,

CHIEDE

Alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/199

DICHIARA

- di aver necessità delle agevolazioni per sopperire ai bisogni legati alla propria situazione di disabilità;
- di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al Dirigente Scolastico le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

(firma del dipendente)

Allegati:

- Certificazione della commissione medica dell'AUSL da cui risulta la gravità dell'handicap e l'esigenza di assistenza continuativa, globale e permanente.

Al Dirigente Scolastico
I.C. Ilaria Alpi Ladispoli

Il/la
sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

QUALIFICA		
☐ Docente	☐ tempo indetermin.	☐ tempo determ.

in servizio presso Codesta Istituzione Scolastica nel corrente a.s. _____ /
_____ dal _____ al _____

consapevole delle responsabilità penali, cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, previste dall'art. 76 del T.U. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole che la mancata veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato,

CHIEDE

Alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/199

DICHIARA

- di aver necessità delle agevolazioni per sopperire ai bisogni legati alla propria situazione di disabilità;
 - di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
 - di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.
- Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al Dirigente Scolastico le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

(firma del dipendente)

Allegati:

- Certificazione della commissione medica dell'AUSL da cui risulta la gravità dell'handicap e l'esigenza di assistenza continuativa, globale e permanente.