MODELLO A)

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI CI SIANO MODIFICHE RISPETTO A QUANTO DICHIARATO E PRESENTATO NELL'A.S. 2024-2025 O SE NON IN SERVIZIO NELL'ISTITUTO NELL'A.S. PRECEDENTE

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92 e successive modificazioni

(per genitori di portatori di handicap grave con età superiore a 18 anni - Coniuge – parenti/affini entro il 3° grado di portatore di handicap grave)

Al Dirigente Scolastico
I.C."D'Annunzio"
Via Francaviglia, 2
95040 Motta
Sant'Anastasia (CT)

__l__sottoscritt_____

nat__a_____(____) il____/____/_____

e residente a_____(____)

in Via/Piazza_____in servizio presso questo Istituto in qualità

❑ Docente ❑ Assist. Amm.vo /Tecnico ❑ Collab. Scol.co -con contratto a tempo: ❑ determinato ❑ indeterminato

CHIEDE

di fruire dei benefici previsti dall'**art. 33 Legge 104/92** e successive modificazioni per il seguente familiare:

Cognome e nome:_____- rapporto parentela _____

Dati di nascita:____/____/_____- Comune di nascita :_____(____)

Residente a_____in via_____n°___

A tal fine dichiara

Che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata.

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mandaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazioni saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'amministrazione, dichiara inoltre:

- ❑ Di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap.
- ❑ Che non ci sono altri familiari che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.
- ❑ Che il provvedimento è soggetto a revisione (data di scadenza_____).
- ❑ Che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare…).

ALLEGATI

1) Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 legge 104/92.
2) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti la libera scelta effettuata dalla persona con disabilità in situazione di gravità su chi all'interno della stessa famiglia, debba prestare l'assistenza prevista dai termini di Legge.
3) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti che il lavoratore sia l'unico componente della famiglia che assiste il familiare disabile.

Firma del dichiarante

_____