

_____ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di

DSGA Assistente amministrativo Collaboratore Scolastico Docente

a tempo indeterminato determinato

residente a..... Via.....n° civico.....

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 _____ residente in _____ Via _____

(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. Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall' INPS di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.(a)

2. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO.**
(a) (Se già depositata agli atti della scuola fare riferimento a quella)

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

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, 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. 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.

Custonaci, lì _____

IN FEDE

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA
<input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA |
|--|

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott. Alberto Ruggirello

ALLEGATO

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "LOMBARDO RADICE FERMI"
CUSTONACI

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2022/2023 DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La sottoscritt _____

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

che il familiare _____ in stato di disabilità grave per il quale il/la sottoscritto/a 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 da parte del/della sottoscritto/a.

_____ li, _____

Firma
