Spett.le

Dirigente Scolastico

dell’***I.I.S.S.***

***“Liceo G.G. Adria - G.P. Ballatore”***

Il / La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ in servizio presso codesto Istituto in qualità di 🔿 docente 🔿 personale A.T.A. con contratto a tempo 🔿 determinato 🔿 indeterminato

**C H I E D E**

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e s.m.i., per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

Riconosciut\_ invalid\_ in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente medico legale dell’A.S.L. che si allega.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n. 15/1968 dichiara[[1]](#footnote-1):

* \_l\_ sottoscritt\_ assiste con continuità il familiare disabile;
* il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt’oggi si dichiara l’esistenza in vita;
* per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell’handicap da parte delle AUSL;
* che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;
* che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun n nominativo:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché \_\_\_\_ [[2]](#footnote-2)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché \_\_\_\_ [[3]](#footnote-3)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché \_\_\_\_ [[4]](#footnote-4)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché \_\_\_\_ [[5]](#footnote-5)

Mazara del Vallo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il / la dichiarante

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona disabile:

1. è stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%
2. è affetto/a da invalidità superiore ai 2/3
3. è di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente)
4. è studente / studentessa
5. è ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione)
6. è di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta (per gli invalidi di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo)
7. è infermo/a in maniera tale da non potere assistere il disabile, come da attestazione medica in relazione alla natura dell’handicap
8. è privo di patente di guida qualora il disabile debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche ( in questo caso occorre la certificazione medica)
9. risiede in località tanto distante da non poter fornire l’assistenza continua ed esclusiva
10. altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avvertenza *il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della* ***dichiarazione non veritiera***.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

(spazio riservato all’ufficio)

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che \_l\_ Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Mazara del Vallo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Il Dirigente Scolastico, vista l’istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

🔿 autorizza / 🔿 non autorizza

la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mazara del Vallo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

1. barrare solo le caselle che interessano; [↑](#footnote-ref-1)
2. indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata nella pagina 2. [↑](#footnote-ref-2)
3. indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata nella pagina 2. [↑](#footnote-ref-3)
4. indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata nella pagina 2. [↑](#footnote-ref-4)
5. indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata nella pagina 2. [↑](#footnote-ref-5)