

Al Dirigente Scolastico
I.C. Rita Levi-Montalcini
San Piero Patti (ME)

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a
_____ prov. (____) il _____,
residente a _____ Prov. (____) in Via _____ n. _____,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato presso

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la
sig. _____ (coniuge / figlio / madre / padre /

_____) nato a _____ -prov. _____ -il
_____ e residente a _____ -prov. _____ -

Via _____

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 nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per lo stesso soggetto in situazione
di disabilità grave;

☐ di usufruire alternativamente con il Sig./ra _____,
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ lavoratore dipendente presso
_____ di _____ Via _____, n. _____,

dei giorni di permesso retribuito mensile (massimo 3) (art. 33, commi 3 e 3 bis legge 104/92) per
assistere lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- 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, ricovero a tempo pieno, decesso).

Si allegano:

- Verbale di invalidità
- Documento di riconoscimento della persona con disabilità

Firma

_____li _____
