

	ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"	 IC SABIN
	RICHIESTA PERMESSO LEGGE 104 (ART. 33 COMMA 3 L.104 DEL 05/02/1992)	

Segrate, __/__/____

Al Dirigente Scolastico
 Al Direttore Amministrativo
 IC A.B. Sabin

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ a tempo indeterminato a tempo determinato della scuola _____ plesso di _____ 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, ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992,

CHIEDE

per l'a.s. _____ 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 a _____ il __/__/____, (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'ASL n.____ di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 1.**
3. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 2.**

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.

In fede

Spazio riservato all'Ufficio (non compilare)

Vista la domanda si concede non si concede

Il Direttore Amministrativo
Antonella Rossi

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Elisabetta Trisolini



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"



**RICHIEDA DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE
(ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 1°, 2° E 3° GRADO DI PARENTELA)
ALLEGATO1**

Segrate, __/__/____

Al Dirigente Scolastico

Al Direttore Amministrativo

IC A.B. Sabin

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat __a
_____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat __a
_____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat __a
_____ prov. (____) il _____

- conviventi
- non conviventi

con il/la familiare disabile Sig./ra _____
(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, per cui il/la
Sig./ra _____ ha richiesto al suo datore di lavoro di
usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92,

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare
assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti
motivi: _____

_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne
beneficiario in precedenza.

Firme _____

	<p>ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"</p> <hr/> <p>RICHIESTA DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE (ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 1°, 2° E 3° GRADO DI PARENTELA) ALLEGATO 2</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Segrate, __/__/____

Al Dirigente Scolastico
 Al Direttore Amministrativo
 IC A.B. Sabin

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/la sottoscritto/a _____
 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 sottoscritto 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 dal parte del/della sottoscritto/a.

In fede
