

**Oggetto:** richiesta permesso ex art.33 comma 3 L. 104/1992 con contestuale dichiarazione di responsabilità resa ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazione.

Il /la sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

con qualifica di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di fruire di permesso ex art.33 comma 3 L.104/92 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

per \_\_\_\_\_, soggetto portatore di handicap in

situazione di gravità. A tale scopo

### DICHIARA

- di essere a conoscenza degli artt. 75 e 76<sup>2</sup> del DPR 444/200 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che il Dirigente può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio
- che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap ( ai sensi dell'art.3 comma3 della Legge 104/1992 di :  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_
- di essere parente affine entro il 2° grado della persona assistita;
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi e delle agevolazioni di cui all'art.33 della L. 104/1992 per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impiego – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria assistenza ;
- di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che il soggetto portatore di Handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione al beneficio (ad es. ricovero a tempo pieno dell'assistito, revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione Medica ecc.)

Il/la sottoscritt\_, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Data\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante per esteso e leggibile

VISTO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

( Prof.ssa Maria Rita Meli)

<sup>1</sup>**Modalità di fruizione dei permessi:** la normativa specifica afferma che la fruizione dei permessi va concordata, nella sua articolazione, con il datore di lavoro. Il CCNL/Scuola 2006/2009, all'art 15 comma 6 prevede che "I permessi di cui all'art.33, comma3, della legge 5 febbraio 1992,n.104...- omississ-... devono essere possibilmente fruiti dai docenti in giornate non ricorrenti". Per quanto sopra: il richiedente dovrà comunicare al D.S. le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile ( almeno gg.5 di anticipo), salvo emergenze, per consentire l'organizzazione del servizio e per limitare le ricadute negative derivanti dall'assenza.

<sup>2</sup>"chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso (...) è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"