

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
Ruggiero – 3° Circolo di
CASERTA

**Oggetto: Richiesta per benefici Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 c.3 della
Legge 104/92 modificato con D.Lgs 105/2022 Conferma requisiti per
l'anno scolastico 20 /20**

.....l.....sottoscritt.....

nat....a.....il....../...../.....residente a(.....)

Via..... n. in servizio presso questo Istituto in

qualità di a T.I. / T.D.

CHIEDE

per a.s./..... i poter usufruire dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art. 33 della

legge 104/92, modificata dalla Legge n. 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, dalla Legge n.183/2010,

in qualità di:

- ☐ persona disabile;
- ☐ Grado di parentela 1° - genitore di persona disabile;
- ☐ Grado di parentela 1° – figlio/a di persona disabile;
- ☐ grado di parentela entro il 2° - parente, affine, coniuge/convivente di fatto, parte dell'unione civile di una persona con disabilità :

Situazione documentata tramite l'allegata specifica certificazione per assistere il proprio familiare

Sig..... in qualità di (indicare rapporto di parentela

nei riguardi del richiedente)nat....a..... (....) il....../...../.....,

residente a (....) Vian.....,

riconosciuto portatore di handicap grave ☐ **permanente** ☐ **rivedibile in data**/...../.....

come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap, allegato in copia alle
presente,

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi):

- ☐ di essere portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno;
- ☐ **che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno** presso Istituti Assistenziali, salvo il caso di ricovero finalizzato ad intervento chirurgico o a scopo riabilitativo;
- ☐ **che nessun altro** componente del nucleo familiare usufruisce di medesime provvidenze;
- ☐ **che usufruisce di medesime provvidenze il familiare** _____ **nei limiti dei 3gg mensili;**

ALTREST' DICHIARA:

- ☐ **di essere consapevole** che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno **morale oltre che giuridico** a prestare effettivamente la propria opera di 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 per **l'effettiva tutela del disabile;**
- ☐ **di impegnarsi a comunicare tempestivamente il variare delle condizioni che determinano la fruizione dei benefici.**

DATA

FIRMA

Riservato all'Ufficio

Vista la dichiarazione personale, resa dall'interessato/a in data ____ / ____ / 20 __, nonchè gli atti allegati:

- ☐ si concede
- ☐ non si concede per i seguenti motivi:

.....

.....

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Vincenza Della Valle