

Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo "G. Leva"
di TRAVEDONA MONATE

OGGETTO: Richiesta concessione beneficio di assenza per assistenza familiare inabile ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/92.

Il/la sottoscritto/a, nato/a
a il, residente a
in via in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in
qualità di con contratto di lavoro a tempo

CHIEDE

il riconoscimento a poter usufruire dei permessi di cui all'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 (tre giorni mensili) per prestare assistenza al/alla Sig.,
nato/a a il, residente a
in via, inabile e bisognoso/a di assistenza permanente come
risulta dal giudizio della Commissione Medica per l'Accertamento dell'Invalidità Civile INPS e
ASL di espresso in data **che allega in copia**

Rapporto di parentela/affinità con il/la richiedente

A tal fine dichiara sotto la propria personale responsabilità:

- che il familiare su indicato non è ricoverato in strutture ospedaliere ed abita al proprio domicilio;
- di essere l'unico familiare che gli presta assistenza; *(Allegare dichiarazione di eventuale altro familiare di non essere in condizione di prestare assistenza o rinuncia all'assistenza in caso di convivenza con il familiare/ affine inabile); OVVERO*
 - presta assistenza anche il familiare / affine
nel limite dei tre giorni mensili consentiti.
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente a 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

che si impegna ad aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario anche a seguito di richiesta dell'amministrazione.

Allega alla presente:

Copia del proprio documento di identità;

Certificazione Commissione Medica e documento di identità della persona inabile (*versione privacy - per datore di lavoro*);

Dichiarazione/i altro/i familiare/i / affine completa di documento di identità e codice fiscale del dichiarante (fratello, sorella, genitore)
specificare nome e cognome del/i familiare/i e grado di parentela

.....
.....
.....

data

firma