



1° Circolo Didattico "G. Marconi"

Via G. Marconi 39 Telefono e fax 080.676357
70010 CASAMASSIMA

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

1° Circolo Didattico «Guglielmo Marconi»

Via Marconi n. 39

70010 Casamassima (BA)

OGGETTO: Richiesta permessi ex art. 33 Legge n. 104/92.

Il sottoscritto / La sottoscritta

Cognome		Nome			
nato/a a	gg/mm/anno	Stato		cittadinanza	
Codice Fiscale	Residente nel Comune di		Via Piazza / Vico		numero
telefono numero		in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di			

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dall'art. 33 Legge n. 104/92 e successive modificazioni e integrazioni in qualità di:

- ☐ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- ☐ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- ☐ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- ☐ se stesso;

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

- ☐ tre giorni al mese;
- ☐ frazionabilità delle ore;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

[Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445]

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

A) che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992), di

Nome		Cognome			
grado di parentela		data adozione / data affido ¹			
nato/a a	gg/m/anno	Stato		cittadinanza	
Codice Fiscale	residente nel Comune di		Via		Numero

- ☐ come risulta dalla certificazione agli atti della scuola;
- ☐ come risulta dalla certificazione che si allega (oppure dalla documentazione in possesso del

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

dichiarante).

- B) di prestare un'assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata;
- C) che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- D) che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
oppure
- E) che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);
- F) di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Casamassima,

Il/la Dichiarante

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****



Circolo Didattico "G. Marconi"

Via G. Marconi 39 Tel. e fax 080 676357

70010 CASAMASSIMA

VISTA

l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

Casamassima,	IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dichiarazione personale del coniuge/dei fratelli/sorelle/genitori/ che non assiste/assistono

Il/la sottoscritto/a.....figlio/a
fratello/sorella, marito/moglie/figlio/figlia

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3

- di non essere in grado di prestare assistenza al genitore/ al fratello/sorella/coniuge handicappato/a in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e permanente per ragioni esclusivamente oggettive, di seguito indicate, tali da non consentire l'effettiva e continuativa assistenza

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

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Data.....

Firma.....

