

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

(genitori di portatore di handicap grave con età superiore a 18 anni – coniuge – parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave)

Al **Dirigente Scolastico
dell'Istituto "A. Fantoni"
di Rovetta -BG-**

La sottoscritta ISIDE TOMASONI nata il 01/10/1959 a PAVIA prov. PV e residente in CASTONE PRESDANA via DE AMICIS n. 30, in servizio in qualità di DOCENTE, titolare di contratto di lavoro a tempo INDETERMINATO, consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

chiede

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammessa alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unica referente per l'assistenza del proprio familiare, portatore di handicap in situazione di gravità, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 ed accertato ai sensi dell'art. 4 della Legge sopra indicata, Sig. GATTI MARGHERITA, nato a CROFELLO CAIROLI il 05/11/1923 codice fiscale GTTMGH2354SE195P, residente a CASTONE PRES in Via DE AMICIS n. 30

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- il Sig. GATTI MARGHERITA, in situazione di disabilità grave, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;
- di essere l'unica referente a prestare assistenza al/la Sig. /ra GATTI MARGHERITA in situazione di disabilità grave,
- di essere (grado di parentela) FIGLIA del/la Sig. /ra SARÀ MARGHERITA in situazione di disabilità grave;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è 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 dei disabili;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Allega:

copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella Legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 101/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.

Rovetta, 01/09/2021
Luogo e data

Iside Tomasoni
Firma del dichiarante(*)

- (*) Ai sensi dell'art. 38, DPR n. 445 del 28/12/2000 la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.