

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 CASTIGLIONE PESCARA 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,

c h i e d e

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 CROPELLO CAROLI il
05/11/1923 codice fiscale GTM9123545E1951P, residente a CASTIGLIONE PESCARA 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 della Sig. /ra GATTI 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.