|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IISS “Jacopo del Duca-Diego Bianca Amato” - Cefalù**Via Pietragrossa, 68/70 - Telefono: 0921.421415Cod. Fisc. 82000410827 – Sito internet: https://www.delduca-biancaamato.edu.it/E-mail: pais02200v@istruzione.it - pais02200v@pec.istruzione.it |  |

 Al Dirigente Scolastico dell' I.I.S.S " J. del Duca-D.Bianca Amato"

 Via Pietragrossa, 68/70 C E F A L U'

**OGGETTO**: **Richiesta di beneficiare per i familiari dei permessi retribuiti ai sensi dell'art 33 della legge 104/92**

 **e successive modifiche . A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il\_/ La sottoscritto/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a t. det / indet. presso l' 1.1.S.S " Jacopo del Duca-D.B. Amato"di Cefalù sito in Via Pietragrossa 68/70

**C H I E D E**

di usufruire dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 modificato dagli art. 19 e 20 della legg\_e n. 53/00, e dalle vigenti norme contrattuali, per poter assistere il proprio familiare Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliato in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_ , già riconosciuto portatore di handicap grave ( ex art. 3, comma 3, legge 104/92) come da verbale da Visita Medica Collegiale della Commissione Medica per l'accertamento della invalidità Civile dell'ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che si allega in copia conforme.

**A tal fine ìI sottoscritto consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 26 della legge n. 15/68, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi**

**D I C H I A R A**

sotto la sua personale responsabilità:

1. di assistere con continuità il suddetto familiare per il quale sono richieste le agevolazioni o per le

 necessità legate alla propria situazione di disabilità;

1. di assistere in via esclusiva il familiare disabile;
2. che non vi sono altri familiari maggiorenni, parenti o affini sino al secondo grado, che possono assicurare al predetto familiare assistenza con continuità;
3. il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
4. è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto, il riconoscimento stesso delle agevolazioni comporta la conferma dell'impegno morale, oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
5. E' 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;

1. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, aggiornare la documentazione prodotta a richiesta dell'amministrazione o quando si rende necessario;

4) che la famiglia del familiare da assistere si compone:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N. | Cognome e nome | Luogo e data di nascita | Rapporto con il dichiarante |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 Allega alla presente:

* copia del Verbale per il riconoscimento dell'handicap del familiare
* carta identità dell'assistito

Cefalù\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_