

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oggetto: Comunicazione di fruizione dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 L. 104/92,**

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov . ( \_\_\_\_ ) in servizio presso l'  
Istituzione Scolastica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

COMUNICA

in applicazione dell'art. 33, c.3 L. 104/92, come modificato dall'art. 21 del D.L. 324/93, convertito con  
modificazioni in L. 423/93, nonché dall'art. 3 c. 38, della L. 537/93, e dall'art. 20 della L.53/2000, di  
fruire di giorni n. \_\_\_\_\_ di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare

\_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ (\*)

portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale e  
comunicato a codesto ufficio, nei seguenti giorni:

**dal** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A tal fine dichiara:

Che il familiare non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:**

nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato

pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere la persona con disabilità in situazione di gravità, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità

che la persona con disabilità in situazione di gravità - ovvero il suo amministratore di sostegno ovvero il suo tutore legale - ha individuato il sottoscritto come persona che gli debba prestare l'assistenza prevista per dai termini di Legge

Data :.....

\_\_\_\_\_

Visto, si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*(\*)Qualora la residenza del congiunto disabile sia in luogo distante dal domicilio abituale del richiedente, alla presente domanda deve essere allegato un "Programma di assistenza" a firma congiunta del lavoratore richiedente e della persona con disabilità in situazione di gravità che dell'assistenza si giova - ovvero del suo amministratore di sostegno ovvero del suo tutore legale -, sulla cui eventuale valutazione di congruità medico legale si esprimerà il dirigente responsabile del Centro medico legale della sede INPS competente;*