

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO MAROSTICA

OGGETTO: *richiesta permessi mensili retribuiti per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità (art. 33, c.3, L.104/92, D.Lgs. n.151/2001, art. 24 L.183/2010).*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**Grado di parentela con il disabile** \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per assistere figli<sup>1</sup>, coniuge, parenti e affini disabili in situazione di gravità, di **usufruire** dei giorni di permesso mensili retribuiti (max 3 giorni).

**Si impegna** a comunicare i periodi di assenza al Dirigente Scolastico con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, salvo dimostrata situazione di urgenza, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa e didattica, per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di essere in servizio con contratto di lavoro a  T.I. dal \_\_\_\_\_

T.D. dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

ad orario:

intero  part time ORIZZONTALE per ore \_\_\_\_\_ VERTICALE su n. \_\_\_\_ giorni lavorativi effettivi settimanali e per \_\_\_\_\_ ore

che nessun altro familiare eventuale avente diritto beneficia dei permessi per la stessa persona disabile in situazione di gravità e se richieste produrrà le relative dichiarazioni personali che non intendono usufruire dei suddetti permessi

che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale: \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio disabile in situazione di gravità alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite max dei 3 giorni complessivi tra entrambi i genitori e che si impegna a comunicare al Dirigente Scolastico i giorni fruiti da coniuge

<sup>1</sup> In base alla nuova disciplina i permessi possono essere fruiti anche da un genitore di un minore di 3 anni in situazione di handicap grave

- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno<sup>2</sup>
- che la persona disabile in situazione di gravità ricoverata a tempo pieno necessita di recarsi fuori della struttura ospitante per effettuare visite o terapie<sup>3</sup>
- che la persona disabile in situazione di gravità ricoverata a tempo pieno è in coma vigile e/o in situazione terminale (come da certificazione allegata)
- che il minore disabile in situazione di handicap grave ricoverato a tempo pieno, necessita di assistenza da parte di un genitore o familiare, come da dichiarazione rilasciata dai Sanitari della Struttura
- che \_\_\_\_\_ è disabile in situazione di gravità, accertata dalla Commissione Medica (art. 4, c. 1, L.104/92) A.S.L. di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- è in servizio presso \_\_\_\_\_
- oppure in pensione in qualità di:  dipendente pubblico  dipendente privato
- di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
- Coniuge  Parente o affine entro il secondo grado<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_
- di essere parente/affine di terzo grado<sup>5</sup> \_\_\_\_\_, ma che la stessa:  non è coniugata  è vedova  è coniugata, ma il coniuge ha più di 65 anni di età:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
- è coniugata, ma il coniuge è affetto/a da patologie invalidanti  è stata coniugata, ma il coniuge è deceduto  è separata legalmente o divorziata  è coniugata, ma in situazione di abbandono  ha uno o entrambi i genitori deceduti  ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
- Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore, che avviene presso le strutture ospedaliere o comunque le strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria.

<sup>3</sup> da certificare ogni volta

<sup>4</sup> in base all'art. 74 del Codice Civile *La parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite – art.78 L'affinità è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge.* Sono parenti di 1°: genitori, figli.

Sono parenti di 2°: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli).

Sono affini di 1°: suocero/a, nuora, genero. Sono affini di 2°: cognati.

<sup>5</sup> Sono parenti di 3°: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta. Sono affini di 3°: zii acquisiti, nipoti acquisiti.

*Inoltre dichiara sotto la propria responsabilità e consapevolezza:*

- \* *che presta assistenza nei confronti del disabile per le quali sono chieste le agevolazioni;*
- \* *che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;*
- \* *che 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;*
- \* *si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.*

Allega alla presente:

- Verbale della Commissione Medica dal quale risulta l'accertamento della situazione di handicap grave.
- Altro:

---

---

---

\_\_\_\_\_

*d a t a*

\_\_\_\_\_

*f i r m a*

## **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MAROSTICA**



Via N. Dalle Laste, 2 – 36063 Marostica (VI)

Tel. 042472096 Fax 042472015

[www.icmarostica.it](http://www.icmarostica.it)

e-mail [viic884007@istruzione.it](mailto:viic884007@istruzione.it)

[comprensivomarostica@gmail.com](mailto:comprensivomarostica@gmail.com)

VIIC884007

C.F. 82003010244

La presente istanza è stata presentata a questo Istituto Comprensivo in data \_\_\_\_\_ e assunta al protocollo \_\_\_\_\_

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Chiara Riello

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs n. 39/1993