Al Dirigente Scolastico
dell' I. C. Rotonda Viggianello

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a_____ (prov._____) in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ **DSGA** ☐ **Assistente amministrativo** ☐ **Collaboratore Scolastico** ☐ **Docente**

a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile 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 ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra _____, nato a_____ il_____, (grado di parentela): _____persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

Si dichiara che il familiare _____ non è ricoverato presso struttura pubblica o privata in maniera continuativa e si impegna ad inviare tempestiva comunicazione in caso di variazione.

Inoltre si dichiara che le persone con diritto all'assistenza sono le seguenti:

1) (genitore) nome e cognome: _____
2) (coniuge) nome e cognome: _____
3) (figlio/a) nome e cognome: _____
4) (figlio/a) nome e cognome: _____
5) (figlio/a) nome e cognome: _____
6) (figlio/a) nome e cognome: _____
7) (altro_____) nome e cognome: _____
8) (altro_____) nome e cognome: _____

Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con

la presente istanza. Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

Allega alla presente:

1. Copia conforme, rilasciato dall'ASL relativa all'accertamento della condizione di gravità
2. Dichiarazione di parenti/affini con allegato doc riconoscimento.
3. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno.

Luogo _____ data_____

Firma leggibile

_____