

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

__l__ sottoscritt _____
nat__ a _____ il _____ residente in _____
Via _____ n. _____ (Cap _____) in servizio presso
codesta Istituzione Scolastica, in qualità di _____ con contratto di
lavoro a tempo indeterminato / determinato.

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92, così come modificata dalla legge n. 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, di usufruire dei tre giorni di permessi retribuiti mensili, in quanto assiste il familiare (_____) Sig. _____ già riconosciuto portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3°, L. 104/92) come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap (integrata ex art. 4 medesima Legge) dell'azienda n. _____ di _____, la cui copia conforme trovasi già acquisita agli atti della scuola.

A tal fine __l__ sottoscritt__, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, della sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi;

DICHIARA

- che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti assistenziali;
- di assistere il suddetto familiare con carattere di sistematicità ed adeguatezza alle sue concrete esigenze;
- che il suddetto familiare ha prescelto all'interno del nucleo familiare, così come previsto dalla circolare INPS n. 90 del 23/05/2007, __l__ sottoscritt__, quale unico soggetto che debba prestargli l'assistenza con sistematicità ed adeguatezza, così come prevista dai termini di legge;
- che usufruirà i suddetti permessi alternativamente con il/la sig. _____ secondo il D.L.gs. 105/2022 contenente le misure a sostegno della conciliazione vita-lavoro, per la fruizione dei tre giorni di permesso mensile retribuito che potranno anche essere **alternati** nella fruizione tra più soggetti (lavoratori dipendenti) per l'assistenza allo stesso disabile;
- che il familiare assistito, sig. _____ nato a _____ il _____, residente in _____ in Via _____ n. _____, CAP _____;

__l__ sottoscritt__ si impegna altresì, a comunicare entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel presente modello di richiesta, con particolare riguardo a:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto in condizioni di disabilità grave;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della commissione ASL;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso soggetto in condizioni di disabilità grave, da parte di altri familiari.

Allega alla presente: Verbale della Commissione dal quale risulta l'accertamento della situazione di handicap grave.

DATA

FIRMA
