

All.1 - Modello di Programmazione mensile permessi L.104/92

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. Manzoni – Dina e Clarenza
Messina

OGGETTO: Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti Legge n. 104/92

Anno Scolastico: 2024-2025

 L SOTTOSCRITT _____

in servizio presso:

Scuola

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria

Plesso

- Isol.88
- S.Clemente
- Antoniano
- Collereale
- Manzoni
- Pirandello

in qualità di

- Docente a TI
- Docente a TD
- DSGA
- Assistente Amministrativo a TI
- Assistente Amministrativo a TD
- Collaboratore Scolastico a TI
- Collaboratore Scolastico a TD

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART.33 comma 3 DELLA LEGGE N.104/92, DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL MESE DI _____ NEI SEGUENTI GIORNI:

	DATA	GIORNO DELLA SETTIMANA
1.		
2.		
3.		

 L SOTTOSCRITT _____ si riserva, in caso di necessità improvvisa, di chiedere la fruizione di giorni diversi da quelli suindicati.

Data, _____

FIRMA _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ (Prov. _____) residente
a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____, in servizio
presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

C H I E D E

di beneficiare dei permessi previsti dalla L. 104/92 art. 33 e successive modificazioni introdotte dalla legge n. 183 del 4 novembre 2010 in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità: grado di parentela entro il secondo grado
- terzo grado di parentela per presenza delle situazioni eccezionali dell'assenza, dell'età anagrafica o delle patologie (comma 1 lettera a) e comma 2 Art.24 L.183 del 04/11/10). Situazione documentata tramite l'allegata specifica certificazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

Che l'ASL/INPS di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di
parentela _____ (data adozione/affido) _____ data
e luogo di nascita _____ Residente a _____, in Via/Piazza
_____ come risulta dalla certificazione che si allega.

- Che la persona in situazione di handicap da assistere non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;
- Dichiaro di essere in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza;
- che la persona in situazione di handicap da assistere è in vita;
- di impegnarsi a comunicare annualmente, anche con dichiarazione che sostituisce la certificazione, l'esistenza in vita della persona in situazione di handicap da assistere;
- di essere 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;
- di essere 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 dei disabili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la Dichiarante

Data _____

Si allega:

1. Certificato di riconoscimento dell'handicap ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92 (situazione di gravità)
- 2) Documentazione relativa all'assistenza parente terzo grado