

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
“Berto Barbarani”
MINERBE (VR)**

OGGETTO: Domanda di permesso per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave .
(art. 33 comma 3 legge 104/92 e art. 42 T.U. sulla maternità e paternità –decreto legislativo n. 151/2001,, come modificato dalla legge n. 350/2003)

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Stato _____ cittadinanza _____

Residente in _____ prov. _____ Stato _____

Indirizzo _____ cap _____

Grado di parentela con il disabile _____

Telefono _____ cellulare _____

email _____

CHIEDE

- di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) spettanti ai parenti di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro

Dal _____ al _____

DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa aa tempo pieno alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina con qualifica di (impiegato, operaio, etc)
- di svolgere l'attività lavorativa part time
 - orizzontale
 - verticale n. giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
- di essere convivente con il disabile
- di non essere convivente con il disabile, ma di assisterlo con sistematicità e adeguatezza
- che la persona con disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

Data _____

firma _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

dati della persona con disabilità

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO IL _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

CITTADINANZA _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

DICHIARA

- di essere figlio o affidato del richiedente
- di essere parente o affine entro il terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: nipote, coniuge, ecc.)
- di essere convivente con il richiedente
- di non essere convivente con il richiedente, ma di essere da lui assistito con sistematicità e adeguatezza
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di essere impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

FIRMA _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento