

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

Al Dirigente Scolastico

dell' Istituto Comprensivo Statale

“Caiati – Don Tonino Bello”

DOMANDA DI AMMISSIONE AI BENEFICI LEGGE 104/1992 PER IL/LA FIGLIO/A

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____

il _____ c.f. _____ residente nel comune di

_____ (____) in Via _____

In servizio presso _____

in qualità di:

☐ DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO ☐ DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO

con rapporto di lavoro a tempo:

☐ pieno ☐ parziale orizzontale ☐ parziale verticale annuale ☐ parziale verticale

settimanale _____ ore (con prestazione lavorativa nelle seguenti giornate
_____);

CHIEDE

di fruire dei permessi mensili previsti dall'art. 33, c.3, della legge 104/92 per l'assistenza al/alla

figlio/a _____ nato/a

a _____ (____) il _____ c.f. _____

_____ e residente nel Comune di _____ (____) in

Via/Piazza _____ con

situazione di handicap permanente in situazione di gravità dichiarata dal Centro sanitario competente

con verbale n. _____ di data _____ ;

☐ di fruire di giornate di permesso mensile previsti dall'art. 33, c. 3, della legge 104/92;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),
DICHIARA

- ☐ che il/la figlio/a non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati ;
☐ che il/la figlio/a è impegnato/a in attività lavorativa a tempo determinato/indeterminato presso (indicare il datore di lavoro) _____ ed è beneficiario/a se lavoratore/lavoratrice dei permessi previsti dall'art. 33, c. 6 della legge n.104/1992
☐ SI ☐ NO ☐ che si trova in condizione di genitore solo;
☐ che l'assistenza è prestata, in modo alternativo con l'altro genitore sig./ra _____ nato/a a _____ Prov. (____) il _____ codice fiscale _____ che presta attività lavorativa presso _____ a tempo determinato/indeterminato nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i 2 genitori; e dichiara, in tal caso che i permessi previsti dalla Legge 104/92 mensilmente spettanti all'altro genitore, sono pari a (n. ore /n. giorni) _____;
☐ che l'altro genitore non presta attività lavorativa.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie fornite con la presente, in particolare: • l'eventuale ricovero presso istituti specializzati, • la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della competente Commissione medica; • la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

Luogo e data _____

FIRMA DEL DIPENDENTE _____