



ISTITUTO COMPRENSIVO

**"Alfonso Giordano"**

Lercara Friddi – Castronovo di Sicilia – Vicari

Via Autonomia 17/A – 90025 – Lercara Friddi (PA)

Tel. 0918251147 – C.F.: 85000510827 – Cod. Mecc.: PAIC81600B

Email: paic81600b@istruzione.it – paic81600b@pec.istruzione.it – Web: <http://www.iclercarafriddi.edu.it>



## MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge n. 104/92

Lercara F., lì \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
"A.GIORDANO"  
LERCARA FRIDDI

\_\_\_\_\_ sottoscritt

in servizio presso l'Istituto Comprensivo "A. GIORDANO" Lercara, 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,

### **CHIEDE**

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 c.3 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del

beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra , \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ( indicare il grado di parentela)

\_\_\_\_\_ persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 c.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o*

*sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio. **ALLEGATO 1.***

3. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 2.**

4. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**

5. Dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

**ALLEGATO 4.**

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

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.

IN FEDE

Prot. n. _____ del _____	<input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA LA DIRIGENTE SCOLASTICA <i>Rosalba Giuseppina Sabatino</i>
--------------------------	---