

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO TOMMMASO AIELLO  
BAGHERIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso Sede/ Al Plesso \_\_\_\_\_ in qualità

di \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. \_\_\_\_\_ (coniuge / figlio / madre / padre / \_\_\_\_\_) nato a \_\_\_\_\_ - prov. \_\_\_\_\_ -il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

Il/L\_ sottoscritt\_, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

### **DICHIARA che**

è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ; l'altro genitore sig.

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ non dipendente / dipendente presso \_\_\_\_\_

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

---

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;

Il Direttore Sga  
Dott. Francesco Albanese

Il Dirigente scolastico  
Prof. Sergio Picciurro