

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE – PERMESSO MENSILE DI TRE GIORNI PER ASSISTENZA FIGLIO
DISABILE MAGGIORENNE O AL FAMILIARE/AFFINE DISABILE**
(art. 33, comma 3, della L. 104/1992 – art. 24, comma 1, lett. A L. 183/2010 – D.Lgs. N. 119 del 18/07/2011
art. 33, comma 1,2 e 3 del C.C.N.L. 21/05/2018 - D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105)

**AL DIRIGENTE DELL'ISTITUTO
OMNICOMPENSIVO "DELLA ROVERE"
DI URBANIA**

Il/la sottoscritt _____ nat_ il _____ a
_____ residente a _____
CAP _____ Via/piazza _____
tel. _____
e-mail _____@_____
codice fiscale _____ in servizio presso Questo Istituto in qualità di
_____, sede di servizio

con orario di lavoro:

- Tempo Pieno
 Part time orizzontale _____ %
 Part time verticale _____ %

CHIEDE

di usufruire di tre giorni di permesso mensile retribuito o in alternativa a 18 ore di permesso retribuito mensile per assistenza al figlio disabile maggiorenne o al familiare/affine disabile ai sensi della normativa in epigrafe:

Con modalità: a giornate intere ad ore

(ogni successiva variazione della scelta "ad ore" o "a giornate intere" va preventivamente comunicata e decorre dal mese successivo alla richiesta).

DICHIARA CHE

- la persona con disabilità grave non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
 sussiste convivenza con il disabile (specificare il grado di parentela) _____;
 non sussiste convivenza con il disabile (specificare il grado di parentela) _____;
 detti permessi mensili, (fermo restando il limite massimo dei tre giorni), saranno fruiti in alternativa con,
_____ (specificare il grado di parentela) _____
dipendente già autorizzato dall'Ente/Ditta/Istituto _____

A) Dati del figlio maggiorenne o familiare/affine in condizione di handicap grave:

Nome/Cognome _____

nat_ il _____ a _____

residente a _____ Via/piazza _____

codice fiscale _____ tel. _____

Relazione di parentela _____

in condizione di handicap grave, accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/92 dalla**Commissione AST di _____**

- ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- NON ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- svolge la seguente attività lavorativa: _____
- NON svolge alcuna attività lavorativa.

B) DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Si dichiara consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste. E' consapevole, altresì, che i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili, saranno trattati ai sensi delle disposizioni di cui al Dlgs 30/06/2003, n. 196.

Si impegna a comunicare tempestivamente alla Struttura in epigrafe qualsiasi variazione che possa avere riflessi sul diritto al congedo, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione AST;
- le modifiche alla modalità di utilizzo del permesso richiesto;
- il decesso del disabile;

Data _____

Firma _____

(ALLEGARE COPIA VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA')

Allega:

- certificato rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Territoriale che attesta lo stato di gravità dell'handicap;
- altro _____

Per presa visione:

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Antonella Accili