Alla Dirigente Scolastica

dell’Istituto Comprensivo “Signa”

Signa (FI)

**ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP**

*applicazione dell’art. 33, c.3 L. 104/92, come modificato dall’art. 21 del D.L. 324/93, convertito con modificazioni in L. 423/93, nonché dall’art. 3 c. 38, della L. 537/93, e dall’art. 20 della L.53/2000,*

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di docente/ATA con contratto a

□ Tempo Determinato □ Tempo Indeterminato, plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

di fruire n. giorni \_\_\_\_\_\_\_ di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale e comunicato a codesto ufficio, nei seguenti giorni:

dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

**A tal fine si impegna a presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonche’ a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei presupposti per la fruizione dei permessi stessi.**

*Nel caso di genitore disabile maggiorenne o familiare/affine di disabile:*

* *dichiara che il disabile non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;*
* *dichiara che nessun altro parente o affine entro il 2° grado usufruisce delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per la medesima persona.*

II dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace ( art.76, DPR n. 445/2000).

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art.75, DPR n. 445/2000)

Signa, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma docente

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Francesca Bini