

DOMANDA DI PERMESSI PER L' ASSISTENZA A FAMILIARI DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(art. 33, comma 3 legge n. 104/1992)

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale "A.Avogadro"

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente in _____ (_____) Via _____
n° _____ domiciliato in _____ alla via _____ in servizio presso
questa scuola in qualità di _____

CHIEDE

Ai sensi dell' art. 33 della Legge n. 104/92

Di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) (articolo 33, comma 3 legge 104/92) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro per il c. a. scolastico per assistere il proprio familiare disabile in situazione di gravità.

Pertanto consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

DICHIARA :

- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità (si allegano dichiarazioni);
- Che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
- Che il/la sig./ra _____ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di _____ come da certificazione allegata alla presente;
- Di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
_ padre, _ madre; _ fratello, _ sorella; _ figlio, _ figlia, _ coniuge _ parente entro il secondo grado, _ affine entro il secondo grado; di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa :
_ non è coniugata _ è vedova , _ è coniugata ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età, _ è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante _ è stata coniugata , ma il coniuge è deceduto, _ è separata legalmente o divorziata _ è coniugata ma in situazione di abbandono , _ ha uno o entrambi i genitori deceduti, _ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età, _ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (2)

Dati della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice
Fiscale _____ Nato il (gg/mm/aa) _____ A
_____ Prov. _____ Domiciliato in
_____ alla via _____

Data _____ firma _____