Al Dirigente Scolastico

I.C. Rovito

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

in servizio presso questa Istituzione Scolastica nell’A.S.20\_\_ /20\_\_ in qualità di:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

con contratto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

visto l'art. 33 comma 3 della Legge 104 n. 92 e dell’art.6 del D.Lvo n.119 del 18-07-2011;

visto l'art. 3 comma1, lettera b)n.2 del D.L.vo 105/2022;

visto messaggio INPS 3096 del 05/08/2022

**CHIEDE**

di poter usufruire dei benefici della citata legge 104/92 per assistenza a familiare:

cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod. fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 L.104/92)**

A tal fine, ai sensi delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - DPR 28/12/2000 N. 445- e consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

**DICHIARA**

* l'utilizzo alternato e comunque entro il limite massimo complessivo di 3 giorni al mese;
* di non prestare assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata ma in alternativa ad altro beneficiario e/ o stessa persona disabile/ invalida
* la persona per la quale si richiedono i benefici dei permessi non è ricoverata a tempo pieno presso strutture
* la persona per la quale si richiedono i benefici dei permessi è \_stato civile\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di impegnarsi a produrre istanza di richiesta dei permessi retribuiti di cui sopra con congruo anticipo, salvo necessità improvvise e di sottoscrivere, sotto la propria responsabilità, che nessun altro ne usufruirà nelle stesse giornate
* si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di

diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del

 riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità)

Allega:

- Verbale di accertamento dell'handicap attestante la connotazione di gravità

- Verbale Invalidità civile

- Copia documento del richiedente

- Copia documenti e cod. fisc. assistito

Data Firma