

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IIS "Ettore Majorana"  
Via Caselle, 26 - San Lazzaro Di Savena  
Prof. Sergio Pagani

*e p.c. al D.S.G.A.*

**Oggetto: Domanda per la concessione dei permessi retribuiti assistenza familiare portatore di handicap  
(Legge 05/02/1992 n. 104 Art. 33)**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_ in servizio presso questo istituto a tempo  
indeterminato in qualità di docente, classe di concorso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 Art. 33 e successive modificazioni, quale unico referente per  
l'assistenza del proprio familiare Sig.r \_\_\_\_\_, (grado di parentela)

\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ sottoscritto, nato/a \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_,

portatore di handicap in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 ed accertata ai sensi dell'art. 4 della Legge  
sopra indicata.

A tal proposito

dichiara

- Di possedere i requisiti richiesti dalla Legge per usufruire dei permessi retribuiti
- Di comunicare i giorni o i periodi di assenza in tempo utile
- Di comunicare eventuali variazioni della struttura sanitaria, delle notizie o delle situazioni autocertificate relativi anche all'esistenza in vita del portatore di handicap
- Che nessun familiare beneficia dei permessi e delle agevolazioni di cui all'Art. 33 della Legge 104/1992 per lo stesso portatore di handicap
- Di essere l'unico soggetto in grado di prestare al disabile assistenza continuativa ed esclusiva che, in caso di non convivenza, sia l'unico soggetto in grado di assicurare il proprio supporto nei confronti del portatore di handicap
- Che il soggetto portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati
- Di depositare presso i Vs. uffici il certificato rilasciato dall'Ausl di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ attestante lo stato di handicap in situazione di gravità del summenzionato familiare

Il sottoscritto, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni di Legge contenute nel D.P.R. 445 del 28/12/2000, che le notizie fornite rispondono al vero e di essere consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali in caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a godere indebitamente dei suddetti benefici.

Allega alla presente il certificato rilasciato dall'Ausl di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

San Lazzaro, \_\_\_\_\_

Ai sensi della legge 675/96 e successive modificazioni, ed in applicazione dell'art 23 del decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) e nel pieno rispetto del titolo il per i diritti dell'interessato, autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili, raccolti anche con sistemi e programmi informatici, per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali.