

Il/La sottoscritt. ....in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di .....a tempo indeterminato/determinato chiede, ai sensi della legge 104/92 art.33, di poter usufruire per l'a.s. ....dei permessi retribuiti spettanti per l'assistenza al Sig. ....in situazione di handicap grave,

### DICHIARA

- Che il Sig. .... È stato riconosciuto in situazione di grave handicap (art.3 comma 3)
- Di avere con il/la Sig. ....la seguente relazione di parentela.....
- Di prestare assistenza in via **continuativa**

*(Circ.INPS 17 luglio 2000 n.133: la continuità consiste nell'effettiva assistenza del soggetto handicappato, per le sue necessità quotidiane, da parte del lavoratore, genitore o parente del soggetto stesso, per il quale vengono richiesti i giorni di permesso. Pertanto la continuità di assistenza non è individuabile nei casi di oggettiva lontananza dalle abitazioni, lontananza da considerarsi non necessariamente in senso spaziale, ma anche soltanto semplicemente temporale.-)*

- Di prestare assistenza in via **esclusiva**

*(Circ.INPS 17 luglio 2000 n.133 :la "esclusività" va intesa nel senso che il lavoratore richiedente i permessi deve essere l'unico soggetto che presta assistenza alla persona handicappata: la esclusività stessa non può perciò considerarsi realizzata quando il soggetto handicappato non convivente con il lavoratore richiedente, risulta convivere, a sua volta, in un nucleo familiare in cui sono presenti lavoratori che beneficiano dei permessi per questo stesso handicappato, ovvero soggetti non lavoratori in grado di assisterlo).*

- Che il Sig. ....non è ricoverato a tempo pieno

*(consapevole che ogni variazione deve essere tempestivamente comunicata)*

Allega :

- verbale di visita collegiale in cui si individua la situazione di handicap grave (art.3 c.3 legge 104/92) o certificazione provvisoria

*(art.2 c.2 D.L.27/8/93 convertito L.27/10/93 n.423:se non si è ancora in possesso della certificazione di handicap , qualora la Commissione medica non si pronunci entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, l'accertamento può essere effettuato provvisoriamente dal medico, in servizio presso l'Azienda Usl che assiste il disabile, specialista nella patologia dalla quale è affetta la persona handicappata. L'accertamento produce effetti solo ai fini della concessione dei benefici previsti dall'art.33 sino all'emissione del verbale della commissione medica).*

- .....

Ve-Mestre,.....

.....  
firma

### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la richiesta presentata dal Sig.....in data.....

VISTA la documentazione allegata

PRENDE ATTO della sussistenza del diritto al godimento dei benefici richiesti di cui sopra.

Ve-Mestre,.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Roberto Gaudio