

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "G. Bruno - R. Franchetti"
30173 Venezia - Mestre

Oggetto: richiesta di fruizione permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33 comma 3, come modificato dall'art. 24 delle Legge 4 novembre 2010, n. 183.

Il/la sottoscritt_ _____

nato/a _____ (_____) il _____

residente in _____ via _____ CAP _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza a

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____

Grado di parentela con il dichiarante _____

Riconosciuta persona con *handicap grave*, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'Azienda U.L.S.S., che si allega.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

che la persona riconosciuta con handicap grave:

è ricoverata

non è ricoverata a tempo pieno presso Istituti specializzati;

che non vi sono parenti affini entri il 3° grado, non lavoratori che possono fornire assistenza alla persona sopra indicata;

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorchè non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data di Nascita _____ Residente _____

Non può fornire assistenza perché (*) _____

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data di Nascita _____ Residente a _____

Non può fornire assistenza perché (*) _____

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data di Nascita _____ Residente a _____

Non può fornire assistenza perché (*) _____

Ve-Mestre, _____

Il/La Dichiarante

(*) Elenco delle motivazioni che impediscono al familiare di fornire assistenza alla persona riconosciuta con handicap grave:

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. E' di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente),
4. E' studente/studentessa;
5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. E' di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità anche riconosciuta; per gli invalidi di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo;
7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'invalido, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'invalidità;
8. E' privo/a di patente di guida qualora l'invalido debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare) _____