|  |
| --- |
| **LICEO ARTISTICO E COREUTICO STATALE “CIARDO PELLEGRINO”** |
|  | Sede Centrale Dirigenza e Uffici di Segreteria Via Vecchia Copertino, n. 6 -73100 LecceSuccursale Viale Michele De Pietro, n. 12 -73100 Lecce**Codice meccanografico LESL03000R C.F. 93126450753**tel. 0832.352431e-mail:**lesl03000r@istruzione.it**pec:**lesl03000r@pec.istruzione.it**sito web: **www.liceociardopellegrinolecce.edu.it** |  |

**Al Dirigente Scolastico**

**del Liceo artistico e Coreutico**

**“Ciardo Pellegrino” LECCE**

 **Oggetto: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n. 104/92.**

Soggetti destinatari dei benefici: genitori anche adottivi o affidatari, coniuge, parenti/affini entro il 3° grado, di persone in situazione di disabilità grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della stessa L.104/92.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. (\_\_\_\_) in servizio presso questa Istituzione Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* titolare di contratto di lavoro a tempo indeterminato
* titolare di contratto di lavoro a tempo determinato:

# Chiede

di poter fruire dei benefici di cui all’art. 33 L. 104/92 per assistenza sistematica e adeguata a:

 Cognome e nome Rapporto di parentela

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza

 Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’Amministrazione,

# dichiara

* che il dipendente presta assistenza in via continuativa ed esclusiva al disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
* che il dipendente necessita delle agevolazioni per necessita legate alla propria situazione di disabilità;
* che il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
* che il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l’effettiva tutela del disabile;
* che il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
* che il dipendente fruirà dei permessi in modalità giornaliera per l’intero a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che il dipendente fruirà dei permessi in modalità oraria per\_ l’intero a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­

*o in alternativa*

* che il dipendente fruirà dei permessi in modalità giornaliera/oraria comunicandolo all’inizio di ciascun mese dell’a.s. ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso struttura pubblica o privata specializzata;
* che non ci sono altri soggetti lavoratori che utilizzano i permessi per la stessa persona in situazione di disabilità;
* che vi sono altri familiari lavoratori che beneficiano o intendono beneficiare dei permessi per la stessa persona gravemente disabile, in alternanza al sottoscritto, sempre nel limite mensile previsto per un massimo di tre giorni complessivi da fruire
* che la persona per la quale vengono richiesti i permessi è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov (\_\_\_\_). In caso distanza chilometrica superiore a 150, i permessi possono essere concessi solo se il lavoratore dimostri di aver accompagnato l’assistito a visita, accertamento o altro.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI**

* Certificato Commissione ASL competente ai sensi dell’art. 4 comma 1 L. 104/92, attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della stessa legge.
* In caso di adozione/affidamento copia del relativo provvedimento, rilasciato dal Tribunale.