

Al dirigente dell'Istituto comprensivo statale

"A. Balabanoff"

Roma

Oggetto: domanda di permesso per assistenza ai familiari disabili.

Il/La sottoscritt.....nato/a..... il .....  
..... codice fiscale .....  
cittadinanza..... residente in .....  
prov..... stato.....indirizzo.....  
.....Telefono.....cellulare.....  
..... indirizzo e-mail.....

CHIEDE

di usufruire dei giorni di permesso mensili /delle ore di permesso giornalieri.

DICHIARA

- Di svolgere attività lavorativa a tempo pieno alle dipendenze dell'istituto comprensivo A. Balabanoff in qualità di .....
- Di svolgere attività lavorativa part-time per un numero totale di ore:.....
  - Orizzontale
  - Verticale: n. giorni lavorativi.....n. giorni di lavoro effettivi.....;
- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- Che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
- Che il/la signor.....nato/a .....il.....codice fiscale..... è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla commissione (art. 4, comma 1 della legge 104/92);
- Di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
  - Padre
  - Madre
  - Fratello
  - Sorella
  - Figlio
  - Coniuge

- Parente entro il secondo grado
- Affine entro il secondo grado
- Di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa:
  - Non è coniugata
  - È vedova
  - È coniugata ma il coniuge ha compiuto il 65 anni di età
  - È coniugata ma il coniuge è affetto da patologia invalidante
  - È stato coniugata ma il coniuge è deceduto
  - È separata legalmente o divorziata
  - E' coniugata ma in situazione di abbandono
  - Ha uno o entrambi i genitori deceduti
  - Ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
  - Ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante
- Di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o inferiore/superiore a 150 km rispetto alla residenza della persona disabile in situazione di gravità;
- Di essere consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che in caso di dichiarazioni false, possa subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;
- Che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità ed è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

#### SI IMPEGNA

1. A comunicare all'amministrazione qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro sette giorni dall'avvenuto cambiamento;
2. Salvo dimostrate situazioni d'urgenza a comunicare al dirigente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

Firma del richiedente

.....