# ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S.       \      DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA’ GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

*In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.*

Il/La sottoscritt       nat       a

      prov. (       ) il       , familiare con disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra

      (specificare la relazione di parentela o affinità), il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall’art. 33 della L. 104\92, **è l’unico referente alla propria assistenza** alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

IN FEDE

# ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S.       \      DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA’ GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE**

Il/La sottoscritt       nat       a

     prov. (      ) il

* convivente
* non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra       (specificare la relazione di parentela o affinità)       , per cui

il\la Sig.\ra       ha richiesto al suo datore di

lavoro di usufruire dei benefici previsti dall’art. 33 della L. 104\92,

***DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’***

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi:       e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall’art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

      lì       Firma

# ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S.       \      DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA’ GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

**DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO**

      sottoscritt

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

DICHIARA

che il familiare       in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a.

IN FEDE

     ,

# ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S.       \      DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA’ GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

# Dichiarazione che il coniuge e\o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/La sottoscritto/a       nato/a       a

      prov. (       ) il       , familiare con disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig.      (specificare la relazione di parentela o affinità)      , ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall’art. 33 della L. 104\92, ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000

DICHIARA

che il/la Sig./ra       è l’unico referente alla propria assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e\o i genitori:

*sbarrare la casella che interessa*

* hanno superato i 65 anni di età
* sono affetti da patologie invalidanti
* sono deceduti
* sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

      lì       IN FEDE