



Al Dirigente Scolastico  
dell'I. C. 'G. Marconi'  
di Castelfranco E. (MO)

**DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_**

( d. lgs 151/2001, art. 42; Legge 104/1992, art.33 comma3; Legge 53/100 artt. 19 e 20)

GENITORI DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORENNI

PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORI DI 3 ANNI

CONIUGI DI PORTATORI DI HANDICAP

\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire di n. \_\_\_\_ giorni di permesso retribuito :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per l'assistenza di

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- Figlio/a
- Figlio/a adottat\_\_/affidat\_\_; data di adozione/affidamento
- Parente o affine entro il 3° grado (specificare il rapporto di parentela o affinità)  
\_\_\_\_\_
- Convivente con il/la convivente



- Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato
- Portatore di handicap grave, accertato dall'ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92

### DICHIARA

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap (*oppure*)
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza (1)

(1) se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità a prestare assistenza.

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE			
Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

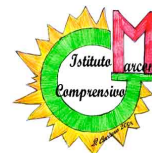
### DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(da non presentare se già allegata a precedenti domande)

- certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell' handicap
- certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL ( da presentare comunque non appena disponibile)

#### In caso di adozione

- adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del provvedimento rilasciato dall'autorità competente
- adozioni internazionali: certificato dell'ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio di convalida presso il giudice italiano



### **DICHIARAZIONI DI RESPONSABILITA'**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere degli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a consegnare al datore di lavoro il certificato della Commissione ASL e a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione di giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari

Castelfranco E., \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_