

**Al Dirigente dell'Ufficio IV
Ambito Territoriale per la provincia di Agrigento**

OGGETTO: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/92 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
Prov. () il _____ residente a _____ prov. _____ Via _____
C.F. _____ Dirigente Scolastico presso _____

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 e s.m.i. per poter assistere:

☐ *Cognome e nome* _____

☐ *Rapporto di parentela* _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Comune di nascita _____ (Prov.) ____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____, (Prov. _____), Via/P.zza _____, n. _____

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA CHE

- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;
- ☐ l'accertamento della condizione di disabilità è:
- ☐ **IRRIVEDIBILE**
- ☐ **RIVEDIBILE** il ____ / ____ / ____
- ☐ di essere **il referente unico** a prestare assistenza alla persona con disabilità grave e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona;
- ☐ di **non essere il referente unico** e di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due assistenti, con:

Cognome _____ **Nome** _____

In servizio presso (indicare la struttura lavorativa) _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

Il/la Sottoscritt...

- ☐ è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona con disabilità e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ 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 dei disabili;
- ☐ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso)
- ☐ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

_____li_____

Firma

Allegati:

- ☐ copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 – comma 3- della Legge 104/1992;
- ☐ fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- ☐ Informativa privacy