ALLEGATO 4 AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’I.C. “DENZA- C.MARE 4”

# Oggetto: Domanda di permesso retribuito ai sensi dell’art.33 comma 3 della Legge 104/92

\_ l \_ sottoscritt\_ nat\_ il / / a prov . ( ) in servizio presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

***DICHIARA RESPONSABILMENTE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:***

**Art. 7 C.M. N.13 *. Oneri del dipendente interessato alla fruizione delle agevolazioni.***

 il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

 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;

 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 solo per l'effettiva tutela dei disabile;

 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.

A seguito dell'accoglimento della domanda da parte dell'amministrazione, il dipendente dovrà comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici e dovrà aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione.

# CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 commi 2 e 3 e successive modifiche ai sensi della L.183/2010 art. 24 e della C.M. n. 13 del 6 dicembre 2010, di giorni n. di **PERMESSO RETRIBUITO** da fruire :

# dal / / al / / \_

# DICHIARA CHE:

|  |
| --- |
|  |

# Nessun altro familiare beneficia dei permessi ex L.104/92 per assistenza dello stesso familiare disabile, nel corso del mese di riferimento.

|  |
| --- |
|  |

# Altro familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_beneficia di n. \_\_\_\_\_ permessi ex L.104/92 per assistenza dello stesso familiare disabile nel corso del mese di riferimento.

\*Trasmette:(solo in caso di urgenza e da documentare)

\* Riceve: DATA ORA (\*in caso di fonogramma)

# ASSUNTO AL PROTOCOLLO N° DEL

Data

Firma

# ISTITUTO COMPRENSIVO “DENZA- C.MARE 4”

**Vista l**’istanza di cui sopra e la documentazione agli atti della scuola, prende atto dell’esercizio del diritto e concede la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33, fatta salva ogni diversa determinazione all’ esito di un controllo successivo.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Annapaola di Martino