

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Al Dirigente Scolastico
I.C. FUMANE
Via P.Brugnoli, 34
37022 FUMANE

Io sottoscritto/a

nato/a a..... il codice fiscale.....

residente a in via

domiciliato/a a in via

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARO

al fine di poter usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) spettanti ai parenti di persona in condizione di handicap grave, ai sensi dell'art. 33 comma 3 legge 104/1992 e art. 42 T.U. sulla maternità e paternità – D. L. 151/2001, come modificato dalla legge n° 350/2003, nelle giornate che Vi saranno indicate in tempo utile, quanto segue:

di essere

figlio/a

coniuge

madre/padre

parente o affine entro il terzo grado (specificare) di

Cognome.....Nome..... C.F.....

Nato/a il a.....

Residente in Provincia

IndirizzoCAP

che la persona sopra citata è in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n° 104/92) accertata dalla Commissione

ASL di _____ con validità _____ che si allega in copia conforme

all'originale in mio possesso

di svolgere attività lavorativa a tempo pieno

di svolgere attività lavorativa part time orizzontale verticale: n. giorni lavorativi.....

che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave

che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona con disabilità grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori

di assistere con sistematicità e adeguatezza il disabile con il quale convive

di non essere convivente con il disabile, ma di assisterlo con sistematicità e adeguatezza

che la persona con disabilità grave non è ricoverata presso alcuna struttura a tempo pieno

che comunicherò tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave

- la revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave

- le modifiche ai periodi di permesso richiesti

- l'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile

- il decesso del disabile

Fumane, _____

Firma del richiedente

Documenti da allegare:

Per la disabilità grave deve essere allegata la documentazione rilasciata dalla commissione ASL (anche in copia dichiarata autentica) o dal medico di base per la sindrome di Down.