**(Da compilare da parte dell’assistito)**

# Allegato 3

####  **Al Dirigente Scolastico**

***dell’ Istituto Comprensivo*** *Statale “Paolo Borsellino”*

***Santa Maria del Cedro (CS)***

#  OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITÀ 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 sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( ) il , familiare con disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affinità (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 eDPR n. 445/2000

DICHIARA

che il/la Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **è l’unico referente** **non è l’unico referente**

 alla propria assistenza, alla quale si dedica in maniera e in forma esclusiva e continuativa e che il sottoscritto ha con esso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e\o i genitori:

barrare 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.

Data IN FEDE