**ALLEGATO 5**

**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. G. OBERDAN - PERTINI**

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questa scuola quale docente/ATA **a t. d. / a t. i. (indicare**), valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del DPR 28.12.2000, N. 445 e **CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI**, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità **(fornire TUTTE le indicazioni)**

***DICHIARA***

Che, alla luce di recenti sentenze della corte di CASSAZIONE, è **consapevole che**:

* se il disabile risiede in altra abitazione, il beneficiario richiedente il permesso NON può stare a casa propria durante il giorno di permesso;
* Che NON si possono svolgere attività ludiche o comunque estranee al concetto di “assistenza” implicito nella concessione del permesso;
* Che il fine primario della richiesta di permesso risiede **nell’assistenza costante al familiare diversabile presso la sua abitazione;**
* Che **non è possibile** fruire di permessi se il diversabile è ricoverato in strutture ospedaliere o simili, a meno che la presenza del beneficiario sia espressamente richiesta dai responsabili della struttura (in tal caso, allegare la richiesta)
* Che i permessi richiesti **NON possono essere impiegati per svolgere altre attività lavorative, di qualsiasi tipo, o utilizzati per esigenze personali;**
* Che l’abuso di permessi l. 104, non effettivamente motivati da esigenze dell’assistito disabile, comporta sanzioni disciplinari fino alla pena massima del licenziamento
* Che è facoltà dell’Amministrazione svolgere controlli in merito alle richieste di permessi
* Che l’omessa o incompleta compilazione di questo allegato può comportare il diniego del permesso da parte dell’Amministrazione, che ha più volte fornito puntuali indicazioni per la fruizione dei permessi ex l.104/1992

***DICHIARA***

Altresì che il permesso ex legge 104/92 richiesto per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a questa Amministrazione sarà effettivamente prestato per (crocettare la voce che interessa fornendo indicazioni precise per ciascun giorno richiesto):

1. Assistenza prestata, per tutta la durata del permesso richiesto, nei confronti del proprio assistito presso l’abitazione di quest’ultimo, in via **(indicare indirizzo)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. accertamenti diagnostici e clinici dell’assistito sotto indicato presso (**indicare tipologia, nome, via e città della struttura**: es. ospedale “L. BONOMO” – viale ISTRIA, 1, ANDRIA; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e **FASCIA ORARIA: es.:** dalle ore 8.00 alle ore 12.00) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ricovero ospedaliero dell’assistito presso (**indicare tipologia, nome, via e città della struttura**: es. ospedale “L. BONOMO” – viale ISTRIA, 1, ANDRIA; e **durata ricovero**: es. 2 gg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Per i casi di cui al punto C. la fruizione del permesso è concessa alle condizioni di cui sotto: (crocettare):**

1. il ricovero a tempo pieno sarà interrotto per necessità della persona con disabilità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie appositamente certificate, accompagnato dal sottoscritto;
2. l’assistito è in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;
3. l’assistito è un minore con disabilità in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare, ipotesi già prevista per i bambini fino a tre anni di età;
4. l’assistito è in una struttura residenziale che non fornisce assistenza continuativa.

**Per i genitori** beneficiari dei permessi (crocettare la voce che interessa):

* il/la figlio/a durante il giorno di permesso richiesto si troverà a scuola/sc. infanzia SI NO
* il/la figlio/a durante il giorno di permesso richiesto si troverà a casa SI NO
* il/la figlio/a ha un’età inferiore a 12 anni SI NO

**Il permesso è richiesto a beneficio del familiare (nome dell’assistito**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andria, In fede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_