

ALLEGATO 3

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell'IIS Bisazza di Messina

OGGETTO: Comunicazione programmazione mensile dei permessi ex art. 33 della Legge 104/1992 (Cronoprogramma).

Il/La sottoscritto/a: _____

nato/a a _____ il ____/____/_____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di (*docente / personale ATA*):

con contratto a tempo: ☐ Indeterminato ☐ Determinato

orario di servizio: ☐ Intero ☐ Parziale (____ ore settimanali)

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge n. 104/1992 e s.m.i. per il mese di
_____ anno _____:

- ☐ **Art. 33, comma 3, L. 104/1992 e D.Lgs. 105/2022:** per l'assistenza al familiare in situazione di disabilità grave (*coniuge / parte dell'unione civile / convivente di fatto / parente o affine entro il 2° grado, ovvero entro il 3° grado nei casi previsti dalla legge*),
Sig./ra _____
C.F. _____;
- ☐ **Art. 33, comma 6, L. 104/1992:** per se stesso/a, in quanto lavoratore/trice con disabilità grave;
- ☐ **Art. 33, comma 2, L. 104/1992 e art. 42 D.Lgs. 151/2001:** in qualità di genitore di minore con disabilità grave fino a 3 anni di vita (*permessi orari o prolungamento congedo*);
- ☐ **Art. 33, comma 3, L. 104/1992 e art. 42 D.Lgs. 151/2001:** in qualità di genitore di figlio/a con disabilità grave oltre i 3 anni di vita.

CRONOPROGRAMMA MENSILE PROPOSTO

A tal fine, ai fini dell'organizzazione del servizio e nel rispetto della programmazione concordata con l'Istituzione Scolastica, presenta il seguente calendario per la fruizione dei permessi nel mese indicato:

n.	Data/Giorno	Modalità di fruizione (<i>Giorno intero / Ore - riservato ATA</i>)	
1	____/____/____	☐ Giorno intero	☐ Ore: dalle ____ alle ____
2	____/____/____	☐ Giorno intero	☐ Ore: dalle ____ alle ____
3	____/____/____	☐ Giorno intero	☐ Ore: dalle ____ alle ____

DICHIARAZIONI E NOTE OPERATIVE:

- **Alternatività tra familiari (D.Lgs. 105/2022):** Il/La sottoscritto/a dichiara che per l'assistenza al medesimo soggetto disabile le giornate sopra indicate non si sovrappongono a quelle eventualmente richieste da altro familiare avente diritto, nel rispetto del limite massimo globale di 3 giorni mensili complessivi.
- **Flessibilità e variazioni:** Resta inteso che, salvo casi di documentata urgenza, improvviso aggravamento delle condizioni di salute dell'assistito o inderogabili ed improvvisamente insorte esigenze assistenziali, eventuali modifiche al presente cronoprogramma saranno tempestivamente comunicate alla Dirigenza Scolastica.

Data: ____/____/____

Firma del dipendente: _____

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

☐ Si prende atto del cronoprogramma presentato

☐ Non si autorizza per le seguenti motivazioni organizzative/amministrative:

Data: ____/____/____

Firma del Dirigente Scolastico: _____