

Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art.33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.

Il/La _____ sottoscritto/a _____

nat _____ a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____, residente a

_____ (Prov. _____), Via _____

_____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione

Scolastica in qualità di:

☐ Docente ☐ ATA (AA) - ☐ ATA (CS)

con contratto di lavoro a: ☐ tempo indeterminato ☐ tempo determinato presso:

☐ Uffici Segreteria - Sede

☐ Scuola Infanzia ☐ Scuola Primaria ☐ Scuola Secondaria I grado ☐ - ☐ Scuola Secondaria II grado - plesso _____

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art.33, comma 3, L.104/92 per poter assistere:

Cognome e nome _____

Data di nascita ____/____/_____, Comune di nascita _____ (Prov. _____)

Rapporto di parentela _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ (Prov. _____)

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km _____ (Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

☐ L'assistito è dipendente pubblico: indicare ☐ sì o ☐ no

☐ l'accertamento dell'handicap è: ☐ NON RIVEDIBILE ☐ RIVEDIBILE il ____/____/____

☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

☐ di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso persona in situazione di disabilità grave;

☐ di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

Cognome _____ Nome _____

In servizio presso (indicare la struttura lavorativa) _____

Recapito telefonico: _____ E-mail _____

- ☐ che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;
- ☐ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ di essere inoltre 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 disabili;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sovraesposti (ricovero a tempo pieno dell'assistito presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, etc.).

☐ Solo per dare assistenza a familiari di 3°

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- ☐ è coniugato; ☐ è vedovo/a;
- ☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- ☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante

Si allega:

- ☐ copia verbale/certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- ☐ dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari (allegato 1);
- ☐ copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- ☐ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

_____, li, _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE

(leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

_____, li, ____/____/____ PER PRESA VISIONE _____

☐ SI AUTORIZZA ☐ SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Maria Viscone