

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 - Plesso/i _____
☐ Scuola Primaria - Plesso/i _____
☐ Scuola Primaria - Plesso/i _____
☐ Scuola Secondaria I grado - Plesso/i _____

CHIEDE

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

- ☐ Cognome e nome _____
☐ rapporto di parentela _____

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

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:

- ☐ il disabile è in vita;
☐ l'accertamento dell'handicap è:

☐ IRRIVEDIBILE

☐ 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:

Nome _____ Cognome _____

In servizio presso (indicare la struttura lavorativa) _____

Recapito telefonico: _____

E-mail _____

☐ **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;
- ☐ coniugato/a;
- ☐ 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;
- ☐ è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ☐ 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 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;
- ☐ 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):

_____ lì, ____ / ____ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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.

_____ lì, ____ / ____ / _____

PER PRESA VISIONE _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Copia del Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap; qualora il certificato non fosse ancora stato rilasciato, in attesa di questa documentazione è possibile allegare il certificato del medico specialista ASL. Per le persone affette da sindrome di Down è sufficiente il certificato dal medico di base (con allegata copia del cariotipo sulla cui base il medico ha rilasciato la certificazione, art. 94 legge 27/12/02 n° 289)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare

- ☐ l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso Istituti specializzati;
- ☐ la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione Asl
- ☐ la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del DLgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta:

- 1) al trattamento di eventuali dati sensibili;
- 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Il dipendente richiedente dichiara inoltre che:

- presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è 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 del disabile;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

DATA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

(la presente dichiarazione non deve essere resa in relazione ai soggetti affetti da patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante – D.M. economia e Finanze 02/08/2007 G.U. 27/09/2007 n. 225)

Io/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false e fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione della ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____

FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE

Note.:

(1) Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art.2 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/7/2000. In tale caso deve essere allegata, in busta chiusa indirizzata al Centro Medico Legale territorialmente competente, idonea documentazione del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

(2) In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o di divorzio.

(3) In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.