

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:

$\frac{1}{2\pi}$ Docente

 $\frac{1}{2\pi}$ ATA

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

presso:

$\frac{1}{2\pi}$ Sede

$\frac{1}{2\pi}$ Scuola Infanzia - Plesso/i

 $\frac{1}{2\pi}$ Scuola Primaria - Plesso/i

$\frac{1}{2\pi}$ 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

[illegible]

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 / /

$\frac{1}{2\pi}$ 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);

$\frac{1}{2\pi}$ 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 la stessa 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 _____ nat
__ a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / _____ , Codice
Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

Cognome _____ Nome _____ nat
__ a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / _____ , Codice
Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

- $\frac{1}{2\pi}$ 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; che la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km _____;
- $\frac{1}{2\pi}$ di impegnarsi ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, solo nel caso di distanza superiore a 150 Km;
- $\frac{1}{2\pi}$ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- $\frac{1}{2\pi}$ 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;
- $\frac{1}{2\pi}$ 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:

- $\frac{1}{2\pi}$ è coniugato;
- $\frac{1}{2\pi}$ è vedovo/a;
- $\frac{1}{2\pi}$ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- $\frac{1}{2\pi}$ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- $\frac{1}{2\pi}$ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- $\frac{1}{2\pi}$ è coniugato ma in situazione di abbandono;
- $\frac{1}{2\pi}$ ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- $\frac{1}{2\pi}$ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- $\frac{1}{2\pi}$ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

Si allega:

- $\frac{1}{2\pi}$ 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;
- $\frac{1}{2\pi}$ 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;
- $\frac{1}{2\pi}$ copia documento di riconoscimento e codice fiscale del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- $\frac{1}{2\pi}$ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

_____, lì, ____ / ____ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(REG. UE 2016/679 - D.Lgs. 30/06/2023, n. 196 "Codice in materia dei dati personali")

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati dall'I.C. "Pirri 1 Pirri 2" in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla normativa vigente, al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

_____, lì, ____ / ____ / _____

PER PRESA VISIONE _____