Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2 0 grado di portatore di handicap grave e 30 grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a



 residente a in qualità di



in servizio presso questo Istituto con contratto a tempo:

a indeterminato full-time a part-time a



 o determinato dal al



# CH IED E

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

 o ad ore a giorni per poter assistere:

 Cognome e nome rapporto di parentela

Data di nascita

Comune

di

nascita

Provincia



(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 li 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:

a il disabile è in vita;

 a l'accertamento dell'handicap è IRRIVEDIBILE RIVEDIBILE

Oil soggetto 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 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/ai seguente/i avente/i diritto :

 NOME COGNOME DATA LUOGO NASCITA



In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)



 NOME COGNOME DATA LUOGO NASCITA

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

 tel/ mail



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 per l'effettiva tutela dei disabili;

* è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Solo per dare assistenza a familiari di 3 a il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3 0 grado: o è coniugato; o coniugato/a; o è vedovo/a; o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età; o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti; o è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato; o è coniugato ma in situazione di abbandono; o ha uno o entrambi i genitori deceduti; o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età; o 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 I art, 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica); autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente unico o non Referente unico • odichiarazione 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; ulteriore documentazione a suppofto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

## 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'%fficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a  insieme alla fotocopia non autenticala di un documento di identità del dichiarante.

1 dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo aisensi del D Lgs. 196 del 30/06/2003: il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto difornire gli stessi comporta "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 raggiornamenro, la rettifica:ione. l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione informa anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi. per motivi legittimi, al tratlamento dei dati personali. In caso di opposizione si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

TARANTO,Per presa visione

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa prof.ssa GIANNICO DANIELA

OGGETTO: RICHIESTA PER L' A.S. 20Dl PERMESSO PER ASSISTENZA A

SOGETTO CON DISABILITA' GRAVE (ART. 3 COMMA 3 LEGGE 104/92)

## DICHIARAZIONE Dl NON RICOVERO A TEMPO PIENO

IL/La sottoscritta

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuto alternativamente, per l' assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, a più soggetti beneficiari dello stesso diritto, nel limite massimo mensile di 3giorni complessivi tra i beneficiari,

DICHIARA

che il/la Sig.rain stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva da parte del/della sottoscritt\_.

TARANTO,

ln fede

Allegato C



# DICHIARAZIONE Dl RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA

(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 1 3/201 0)



Il/La sottoscritto/a

 nato/a il a prov. di



 residente a in Via no



consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

## DICHIARA

- che 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;

-j che 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 dei disabile;

- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D.Lgs 105/2022, può essere riconosciuto al sottoscritto/a e/o, alternativamente, ad altro/i soggetto/i previsto/i dalla legge, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari.

TARANTOi

II dichiarante

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs 196/2003)

I.C. S.PERTINI informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della scuola medesima delle finalità che re competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico.

|  |
| --- |
| Il sottoscrittodichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.Taranto,  Firma |