

RICHIESTA PERMESSI LEGGE 104/92

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Nichelino III

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____, Codice Fiscale _____, residente in
_____ Via/Piazza _____, Cap _____ in
servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

- Docente a tempo indeterminato/determinato
- Assistente amministrativo
- Collaboratore Scolastico
- DSGA
- Altro personale (specificare) _____

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/1992 art. 33 e successive modifiche in qualità di:

- Disabile lavoratore richiedente i permessi
- Familiare della persona disabile in situazione di gravità

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore:

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
 - tre giorni al mese
 - due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____

Solo per il familiare della persona disabile in situazione di gravità:

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
 - tre giorni al mese

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (artt. 46, 47 DPR n. 445/2000)

Il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

DICHIARA:

- a. che l'ASL di _____, nella seduta del _____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3 co. 3 della Legge 104/1992 dell'assistito
Cognome _____ Nome _____,
Codice Fiscale _____, nato/a a _____, il
_____, residente in _____, Via/Piazza
_____, Cap _____¹

- b. che il sottoscritto ha con il su menzionato assistito il seguente rapporto di parentela:

- Genitore
- Figlio/a

¹ Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, deve attestare l'assistenza con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea.

- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il II grado (specificare) _____
- Altro parente o affine entro il III grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, e la specifica condizione di cui sopra):

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza

- Altra condizione prevista dalle norme (specificare) _____
- c. Dichiara inoltre:
 - di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato

oppure

 - di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti o affini entro il terzo grado conviventi con la persona sopraindicata e non lavoratori che possano fornirLe assistenza
 - d. Dichiara che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità:
 - non 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 invalidante;
 - è 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 genitori affetti da patologia invalidante;
 - e. Dichiara inoltre che il familiare disabile:
 - non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
 - è ricoverato presso _____ dal ____/____/____ ;
 - il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
 - il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
 - il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;
 -

f. Dichiara inoltre che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave
oppure
- altro familiare beneficia, alternativamente con il sottoscritto e sempre entro il limite massimo dei tre giorni mensili complessivi, dei permessi suddetti per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave (Specificare)
Cognome e Nome _____, nato a _____
il _____ codice fiscale _____ lavoratore presso _____
con sede in _____
oppure
- In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l'altro genitore (cognome e nome) _____
_____, nato a _____ il _____
codice fiscale _____ lavoratore presso _____
con sede in _____
 - non usufruisce del medesimo beneficio
oppure
 - usufruisce del medesimo beneficio, alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori ²

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. copia con dati OMISSIS del verbale definitivo/provvisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
2. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
3. fotocopia documento di identità in corso di validità dell'assistito e del richiedente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancati.

Il/La sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile _____
dichiara di essere 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 nei periodi dichiarati.

Il/La sottoscritto/a si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita delle agevolazioni.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Istituto Comprensivo Nichelino III esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e GDPR 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni.

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

2 Si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Data

Firma

Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata

SI AUTORIZZA

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/1992, art 33 e successive modifiche ed integrazioni

**Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Francesca MIGLIORERO**
firmato digitalmente

NON SI AUTORIZZA

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/1992, art 33 e successive modifiche ed integrazioni.

Motivi di eventuale diniego:

**Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Francesca MIGLIORERO**
firmato digitalmente