

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "S.G. BOSCO – STURZO"

**RICHIESTA PER USUFRUIRE DEI PERMESSI PREVISTI DALL'ART. 33 DELLA LEGGE N.104/92
(modificato dalla LEGGE 183/2010 e D.Lgs. 119/2011)**

(Beneficio personale oppure per: Coniuge – Figli Minorenni e Maggiorenni – Parenti e Affini fino al secondo grado e, per alcuni casi particolari per il terzo grado)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ Prov () il / / ,

residente in Via/Piazza _____ n. _____,

in servizio nell'A.S. 202 /202 presso questa Istituzione Scolastica in qualità di:

Docente ATA – Collaboratore Scolastico ATA – Assistente Amministrativo

Con contratto: a Tempo Indeterminato a Tempo Determinato

Part-Time orizzontale Part-Time verticale

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- Lavoratore disabile in situazione di gravità;
- Genitore per figlio di età inferiore a tre anni e fino a otto anni;
- Genitore per figlio di età superiore a otto anni;
- Parente, affine o coniuge di una persona con disabilità *Grado di parentela

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fratello <input type="checkbox"/> sorella <input type="checkbox"/> figlio |
| <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> unito/a civilmente <input type="checkbox"/> convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016) |
| <input type="checkbox"/> parente entro il _____ grado |

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per dichiarazioni mendaci e false attestazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a) che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

(data di adozione/affido) ____/____/____ Luogo di nascita _____

Data di Nascita ____/____/____ residente a _____

In Via/Piazza _____ n° _____ come risulta dalla certificazione che si allega.

**Grado di Parentela* (indicare se: Figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento)
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: Padre, Madre, Nuora etc...)

b) che la famiglia anagrafica della persona _____
(Cognome e Nome della personale in situazione di grave disabilità)
per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela col soggetto disabile	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

di essere 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;

che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (*decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno*), consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli art. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R.. 28/12/2000, n° 445.

Allega alla presente:

copia del verbale 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;

certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile);

dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;

nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

Copia del provvedimento di adozione e/o affidamento rilasciato da Autorità competente;

Certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione e l'affidamento del giudice Straniero e l'avvio del procedimento di convalida da parte del giudice Italiano ai sensi della Legge 476/98;

Dichiarazione sulla composizione del nucleo familiare in rapporto al grado di parentela con la persona da assistere;

Dichiarazioni (eventuali) degli altri componenti la famiglia dell'assistito sulle motivazioni oggettive che impediscono l'assistenza alla persona in situazione di handicap e che gli stessi non fruiscono dei benefici della L. 104/92 per lo stesso soggetto portatore di handicap;

Copia del documento di identità del richiedente;

Copia del/dei documento/i d'identità degli altri componenti della famiglia dell'assistito;

Stato di famiglia della persona in situazione di handicap.

- Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il/la sottoscritto/a medesimo è l'unico/ referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva (ALLEGATO N. 1);
- Dichiarazioni degli altri componenti il nucleo familiare del disabile in situazione di gravità (ALLEGATO 2);
- Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'Art. 3 Legge 104/92 (ALLEGATO 5).

(in caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio

Biancavilla (CT) li _____/_____/_____

IN FEDE
Il/La Dipendente

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

INFORMATIVA

(art. 13 Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n° 196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l'espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente da personale dell'Istituzione Scolastica appositamente incaricato e non saranno comunicati a terzi, se non per l'espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumenti informatici e con modalità strettamente funzionali alle finalità indicate. Nei confronti di tali dati l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (compreso l'accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l'integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco). Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti, ai sensi del D.lgs 193/ 2003.

Biancavilla (CT), li _____/_____/_____

IN FEDE

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, informa la S.V. che

Ha Diritto

NON ha Diritto (indicare le motivazioni) _____
a fruire dei benefici richiesti.

Pertanto,

Autorizza NON Autorizza

la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Biancavilla (CT), li _____/_____/_____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Concettina Rita DRAGO
