

MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge n.104/92

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. B. DOVIZI di
Bibbiena

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____

☐ docente ☐ personale ata a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato, in servizio presso questo Istituto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di poter fruire dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art.33, comma 3 della Legge 05/2/1992, n. 104, modificato dall'art. 19 e 20 della Legge n.53 dell'8/3/2000 e dell'art.24 della Legge n.182 del 4/11/2010 al fine dell'assistenza (*barrare la casella d'interesse*):

☐ a se stesso

☐ al sottoindicato familiare in situazione di handicap:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Residenza: _____ Comune _____

Tipo disabilità: (indicare rivedibile / non rivedibile):

☐ Rivedibile Anno revisione: _____

☐ Non rivedibile

Grado di parentela:

☐ coniuge ☐ figlio maggiorenne ☐ figlio minore ☐ genitore ☐ Altro parente o affine entro il II grado (specificare): _____

☐ Altro parente o affine entro il III grado (specificare): _____

Dichiara altresì che il coniuge o uno dei genitori del soggetto per il quale si richiede l'assistenza si trova in una delle seguenti condizioni:

☐ Coniuge della persona disabile oltre i 65 anni

☐ Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni

☐ Coniuge affetto da patologia invalidante

☐ Genitore affetto da patologia invalidante

☐ Coniuge deceduto o mancante (mancanza naturale o giuridica ad es. celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto)

☐ Genitori deceduti o mancante (mancanza naturale o giuridica ad es. celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto)

L'assistito è dipendente pubblico: indicare ☐ sì o ☐ no

A tal fine allega il verbale in copia originale o conforme di accertamento della Commissione Sanitaria n.diche attesta la situazione di gravità del grado di handicap, ai sensi dell'art.4, comma 1 della Legge 104/92.

Nel caso di assistenza al familiare, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

☐ di non essere ☐ di essere convivente con l'interessato;

• ☐ che nessun altro ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopra indicato;

• ☐ che i seguenti familiari hanno chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopra indicato:

Cognome..... Nome.....Luogo di nascita.....Data di nascita.....

Cognome..... Nome.....Luogo di nascita.....Data di nascita.....

- ☐ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ di essere consapevole che la possibilità di usufruire 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;
- ☐ che il familiare portatore di handicap **non è ricoverato a tempo pieno** in istituti di cura, case per anziani ecc.....e si impegna ad informare l'amministrazione qualora questa situazione venga meno.
- ☐ che il familiare portatore di handicap grave, è residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore e attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

Il/la sottoscritto/a comunque si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi altra variazione che possa modificare la concessione del permesso richiesto.

Allegati alla presente:

- verbale in copia originale o conforme di accertamento della Commissione Sanitaria attestante la situazione di gravità del grado di handicap, ai sensi dell'art.4, comma 1 della Legge 104/92;
- **allegato 1**- Dichiarazione del familiare portatore di handicap grave attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è/non è l'unico referente della sua assistenza. 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 e dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
- **allegato 2** - Dichiarazione che eventuali parenti esercitano lo stesso diritto.

Bibbiena, _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2017/679

Il trattamento dei dati da lei forniti è finalizzato esclusivamente alla concessione dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art.33, comma 3 della Legge 05/2/1992

☐ SI AUTORIZZA

☐ NON SI AUTORIZZA

IL Dirigente Scolastico
Prof.ssa Alessandra Mucci

Allegato 1

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE ATTESTANTE IL RAPPORTO FIDUCIARIO CON IL RICHIEDENTE E CHE IL RICHIEDENTE E' /NON E' L'UNICO REFERENTE DELLA SUA ASSISTENZA

Il -La sottoscritto _____, nato/a a _____ Il _____ e
residente a _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 quanto segue:

-di essere soggetto in situazione di disabilità grave (art. 3 comma 3 della Legge 104/92);

-che Il -La Sig. _____ nato/a a _____ il _____

è :(grado di parentela o affinità) ed è/non è l'unico referente
(altri referenti) della
sua assistenza.

- e che il proprio coniuge e/o i genitori:

- ☐ hanno superato i 65 anni di età
- ☐ sono affetti da patologie invalidanti
- ☐ sono deceduti
- ☐ sono mancanti

-di non essere ricoverato a tempo pieno.

Allega copia del documento di riconoscimento firmata.

Luogo e data _____

Firma _____

Allegato 2

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI DEL DISABILE GRAVE CHE FRUISCONO DEI PERMESSI RETRIBUITI PER L'ASSISTENZA AL DISABILE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ prov. _____ ()

☐ convivente ☐ non convivente con il /la familiare disabile

Sig./ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n.445/2000, di aver richiesto al proprio datore di lavoro
..... di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92,

Allega copia del documento di riconoscimento firmato.

Luogo e data _____

Firma _____