AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Tecnico Statale "G. Marconi" - Pontedera

Oggetto: Richiesta di concessione del congedo per assistenza familiari con handicap in situazione di gravità.

Il/La sottoscritto/a_____nato/a a_____ Prov. (_____) il_____, qualifica_____ a tempo determinato/indeterminato con contratto tempo pieno/part-time orizzontale/part-time verticale per ore _____presso l'Istituto,

C H I E D E

la concessione di assenza per congedo biennale per assistenza a familiare con disabilità prevista dall'art. 42 del D. Lgs. N. 151/2001 assistere il/la sig./ra_____nata/o a_____Prov._____ il_____

e residente a_____Prov._____
Via_____n.___

c.f._____

con il quale è nella seguente relazione di parentela: _____

DICHIARA:

- l'ASL/INPS di_____, nella seduta del _____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3, L. 104/1992, come risulta dall'allegato Verbale della Commissione Medica, rivedibile in data_____/non rivedibile;

- nessun altro familiare è residente o domiciliato presso lo stesso domicilio dell'assitito/a sig/ sig.ra _____

- che l'assitito/a non è ricoverato/a in una struttura di cura

- che il coniuge è _____

Si impegna a comunicare tempestivamente l'Istituto di ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione al congedo (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);

☐ di aver preso visione sul sito della scuola dell'informativa sulla privacy e di essere informato/a, ai sensi del regolamento (UE) 20167679 e ss.mm.ii. che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della normativa a tutela della protezione dei dati personali, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ivi compresa la raccolta e la trasmissione telematica alla apposita banca dati istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, finalizzata al monitoraggio e al controllo della legittima fruizione dei permessi;

☐ di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità legate alla richiesta e fruizione dei permessi mensili per assistenza al familiare in situazione di handicap con connotazione di gravità.

Il/La sottoscritto/a, 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.

Luogo e data _____

_____

(firma per esteso e leggibile)

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave aisensi dell'art.3, comma 3 - della Legge 104/1992 e ss. mm. ii.;

- fotocopia carta di identità e codice fiscale del/la richiedente;

- fotocopia carta di identità e codice fiscale del soggetto disabile