

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Tecnico Statale "G. Marconi" - Pontedera

Oggetto: Richiesta di concessione dei permessi di cui all'art. 33, comma 3 Legge 104/1992 e ss. mm. ii.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____
(____) il _____,
qualifica _____ a tempo determinato/indeterminato con contratto tempo pieno/part-time orizzontale/part-time verticale presso l'Istituto,

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 della Legge 104/1992 per poter 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:

(depennare le voci con non interessano)

- 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;
- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig./ra _____

oppure

- di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente con il/la sig./ra _____ c.f. _____ (specificare la relazione di parentela o affinità con l'assistito/a) _____ nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due assistenti (si allega documento di identità e codice fiscale);
- l'altro genitore sig./sig.ra _____ c.f. _____ non dipendente / dipendente presso _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo/la stesso/a figlio/a con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega documento di identità e codice fiscale del genitore);
- di essere consapevole che i permessi NON possono essere utilizzati per finalità che esulano dall'assistenza del parente disabile;
- di impegnarsi a presentare in tempo utile una programmazione dei permessi con riferimento all'intero arco temporale del mese;
- di risiedere in un comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 km rispetto alla residenza della persona con disabilità con connotazioni di gravità da assistere (con riserva di presentare al rientro in servizio idonea documentazione che attesti che il/la sottoscritto/a si sia effettivamente recato presso la residenza del familiare da assistere);

oppure

- di risiedere in un comune situato a distanza stradale inferiore a 150 km rispetto alla residenza della persona con disabilità con connotazioni di gravità da assistere;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della Circolare INPS n. 155 del 03.12.2010;
- si impegna a comunicare entro 30 giorni all'Istituto 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);
- il decreto ha validità per l'anno scolastico di prima concessione per il personale a tempo indeterminato, o fino al termine del contratto per il personale a tempo determinato. All'inizio di ogni anno scolastico il/la richiedente deve consegnare all'Istituto la dichiarazione che permangono i requisiti dei benefici della L. 104/1992 ss.mm.ii.

☐ di aver preso visione sul sito della scuola dell'informativa sulla privacy e di essere informato/a, ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 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)

Allegare:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3 - della Legge 104/1992 e ss. mm. ii.;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale del/la richiedente;

(Documentazione da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso).

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritto/a _____
_____ nato/a _____ Prov. _____ il _____,
residente a _____ Prov. _____ Via _____
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., per
dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi;

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL/INPS di _____ il _____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso; *oppure* di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nato/a _____
a _____ Prov. _____ il _____
C.F. _____ e residente in _____

☐ 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.

Luogo e data _____

(firma per esteso e leggibile)

Allegare: fotocopia carta di identità e codice fiscale del soggetto disabile

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI PARENTI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
convivente/non convivente con il/la Sig./ra _____
(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, familiare del disabile, con il
quale abita nel Comune di _____ (____)
Via _____ n. _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della Legge 15/1968 e del DPR 445/2000 e ss. mm. ii. di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: _____
_____,
pertanto, di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, comma 1. L. 104/1992 e ss. mm. ii. e di non averne beneficiato in precedenza.

☐ di aver preso visione sul sito della scuola dell'informativa sulla privacy e di essere informato/a, ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 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.

A tal fine, dichiara di essere 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)

Allegare: fotocopia carta di identità e codice fiscale del/la dichiarante