Al Dirigente Scolastico
I.C. "F.D'ASSISI - NICOLA AMORE"

Oggetto: domanda permessi retribuiti art. 33 legge 104/92.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 33 della legge 104/92 il/la sottoscritto/a, avendone i requisiti, chiede alla S.V. l'autorizzazione a poter usufruire dei permessi retribuiti nel limite massimo mensile consentito dalla norma richiamata .

A tal fine dichiara:

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Cognome	Nome	data di nascita / /	
residenza	Via	nr.	
categoria	in servizio presso	tel. sede servizio	
con rapporto a tempo pieno	con rapporto a part time al ____ %		

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome	Nome	data di nascita / /
residenza	Via	nr.
Portatore di handicap grave accertato dal _____		
di _____ in data / /		
rapporto di parentela con il richiedente _____		
Ricoverato a tempo pieno (indicare SI o NO) _____		
Convivente (indicare SI o NO) _____		

In caso di convivenza precisare lo stato di famiglia

Cognome e Nome	data e luogo di nascita	attività	relazione di parentela
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Per le finalità di cui innanzi allega la seguente documentazione *(contrassegnare con un segno di X la documentazione che si allego che si dichiara con autocertificazione):*

☐ **1.0** - Verbale di accertamento dell' handicap "in situazione di gravità" ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/92, rilasciato dalla Commissione Competente istituita presso l' A./U.S.L _____;

☐ **2.0**- Attestato rilasciato dall' A./U.S.L., dal quale risulti che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno nelle strutture sanitarie dipendenti,

oppure

☐ *2.1- dichiarazione sostitutiva dell' atto notorio rilasciata dal dipendente, sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità, secondo la vigente normativa,* (firmata in originale.)

☐ *3.0*- Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, rilasciata dal soggetto disabile maggiorenne, sottoscritta in presenza dei dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, e riportante la dichiarazione di gradimento dell'assistenza da parte del richiedente

oppure

☐ 3.1- Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio *accompagnata da fotocopia di un documento d'identità del disabile maggiorenne, secondo la vigente normativa, dalla quale si evinca il gradimento dell'assistenza da parte del richiedente, (*firmata in originale*)*.

☐ **4.0**- Dichiarazione del dipendente richiedente con cui si impegna a fornire tempestive notizie all'Amministrazione, in ordine ad eventuali modifiche dello stato di famiglia relativamente al venir meno dell'assistenza al disabile;

☐ **5.0** Atto (_____) dal quale si evince il rapporto di parentela con il disabile;

☐ **6.0** solo per i dipendenti che risiedono lontani dalla residenza della persona disabile da assistere: atti idonei a dimostrare *"l'attualità"* dell'assistenza al disabile, pur se con la difficoltà che la lontananza della sede di servizio comporta e compatibilmente con il servizio svolto;

☐ **7.0.** dichiarazione che nessun altro parente fra quelli aventi titolo a chiedere i benefici della legge 104/92 usufruisce di permessi retribuiti per l'assistenza al soggetto disabile;

☐ 8.0. dichiarazione (in caso di non convivenza con la persona da assistere) di assistenza con *continuità e in via esclusiva* del disabile;

Con la firma in calce il sottoscritto autorizza l 'I.C. C.Sant'Anastasia 4 ,ai sensi del Dlgs. 196/2003, all'utilizzo dei dati personali raccolti nonché quelli relativi ai suoi familiari e a quelli che saranno raccolti nel corso del procedimento purchè trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Il/la Richiedente

_____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

1) DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NON RICOVERABILITA' A TEMPO PIENO DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritto/a in qualità di richiedente del benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara che il soggetto disabile al quale assicurerà l'assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie dipendenti da A.S.L.

lì _____ Il/la Dichiarante

_____

2) DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL DISABILE MAGGIORENNE

Il/la sottoscritto/a _____ meglio generalizzato/a a pag. 1 della presente istanza, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

il proprio gradimento circa l'assistenza che il/la richiedente dei benefici vorrà assicurargli/le a causa delle ridotte capacità procurate dalla disabilità in essere.

lì _____ Il/la Dichiarante

_____

3. DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COMUNICARE VARIAZIONI

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che comunicherà con tempestività ogni eventuale modifica interessante la concessione dei benefici richiesti ai sensi della legge 104/92.

lì _____ Il/la Dichiarante

_____

4. DICHIARAZIONE CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE USUFRUISCE DEI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92 PER IL SOGGETTO DISABILE

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che nessun altro componente il nucleo familiare o parente del soggetto disabile interessato alla presente istanza ha in godimento i benefici di cui alla legge 104/92.

lì _____ Il/la Dichiarante

_____

5. DICHIARAZIONE IN CASO DI NON CONVIVENZA CON LA PERSONA DA ASSISTERE

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

di assistere in via continuativa ed esclusiva il proprio familiare_____

lì _____ Il/la Dichiarante

_____

(nel caso che le dichiarazioni non vengano firmate davanti al responsabile del procedimento) ***Alla presente allega fotocopia della carta di identità in corso di validità del soggetto disabile e del soggetto che richiede.***

Dichiarazione di responsabilita'e consapevolezza (ai sensi della circolare della funzione Pubblica n.13 del 6 dicembre 2010)

Il sottoscritto/a---------- docente a tempo determinato/indeter. Presso questo Istituto

DICHIARA

1) di prestare assistenza nei confronti del (padre-madre-figlio-coniuge ecc.----------) disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;

2) 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;

3) è 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 del disabile

In fede