

Domanda di ammissione ai permessi ex art. 33 L. 104/92

Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo
"Santo Cali"

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (prov. ____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi Assistente Amministrativo Collaboratore
scolastico Docente,

nel/nei Plesso/i _____, in applicazione
dell'art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993, n. 324,
convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423, nonché dall'art. 3 comma 38, della
Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della Legge 8/3/2000, n. 53 nonché del D.Lgs. 105/2002,

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92

in qualità di disabile lavoratore richiedente i permessi.

per poter assistere:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

C.F. _____ residente a _____

A tal fine, 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, dichiara che:

l'accertamento dell' handicap è NON RIVEDIBILE

RIVEDIBILE il _____

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso persona in situazione di disabilità grave;

di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al/ai seguente/i avente diritto :

▪ Nome e Cognome _____, Data di nascita _____ Luogo di
Nascita _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ Email _____

▪ Nome e Cognome _____, Data di nascita _____ Luogo di
Nascita _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ Email _____

▪ Nome e Cognome _____, Data di nascita _____ Luogo di
Nascita _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ Email _____

Solo per dare assistenza a familiari di 3°:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- è coniugato;
- coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega:

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92;

- dichiarazione dell' altra persona (o delle altre persone) che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

Firma Del Richiedente

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec al seguente indirizzo ctic83200r@pec.istruzione.it, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Linguaglossa,

Per presa visione

.....

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, considera regolare/irregolare la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e succ. mod.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Venera Marano

Motivi di eventuale irregolarità:

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA
(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. di _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

DICHIARA

- che è 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;
- che 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;
- 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);
- che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D. Lgs. 105/2022, può essere riconosciuto al sottoscritto/a e/o, alternativamente, ad altro/i soggetto/i previsto/i dalla legge, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari.

Linguaglossa, _____

Il dichiarante

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti ai sensi del D.L.gs. 196/2003, e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16

Linguaglossa, _____

Firma _____