

RICHIESTA FRUIZIONE PERMESSI L. 104

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo TIVOLI III - M.T. di CALCUTTA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____
n° _____ , CF _____ in servizio presso
questa Istituzione scolastica in qualità di docente personale Ata

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive
modificazioni in qualità di:

- soggetto** portatore di handicap **figlio** di soggetto portatore di handicap
 coniuge di soggetto portatore di handicap **genitore** di soggetto portatore di
handicap **parente** o affine entro il 3° grado del soggetto portatore di handicap;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R.
28/12/2000, n° 445)

*A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false
attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,*

DICHIARA

*di essere l'unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per
l'assistenza*

di: _____

Data _____

Firma _____
(richiedente)

Allega alla presente la "Scheda informativa art. 33 L. 104/92"

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Virginia BELLI

SCHEDA INFORMATIVA ART.33 L. 104/92

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Cognome		Nome		codice fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	
Residenza		Via/Piazza n°		CAP	
Domicilio		Via/Piazza n°		CAP	
Qualifica		Sede		CAP	
Contratto a tempo <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> determinato per n° ore_ _____ <input type="checkbox"/> Part time per n° ore_ ____					
Telefono		Cellulare		E-mail	

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome		Nome		codice fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	
Residenza		Via/Piazza n°		CAP	
Domicilio		Via/Piazza n°		CAP	
Qualifica		Sede		CAP	
Rapporto di parentela con il richiedente: <input type="checkbox"/> sé stesso <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> parente entro il 3° grado					
Portatore di handicap grave accertato dalla				in data	
Disabilità rivedibile <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Anno di revisione			
Minore di tre anni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Ricoverato a tempo pieno <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Ricoverato a tempo pieno presso Istituti specializzati <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Convivente	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no				

STATO DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore)* Dati del datore di lavoro

* Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di **inabilità lavorativa** al 100% o **invalidità civile** superiore ai 2/3 (in questi ultimi due casi vanno allegate le relative certificazioni).

IN CASO DI NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI

HANDICAP Il richiedente dichiara:

- dichiara** di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.
- indica**
 - la distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap:
Km _____

SIA IN CASO DI CONVIVENZA CHE NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI

HANDICAP Il richiedente

- dichiara**, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap ovvero
- dichiara** che l'altro genitore:
Sig./ra.....C.F.....
non dipendente / dipendente presso.....
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- dichiara** che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela / affinità di 3° grado:
 - non è coniugato; è vedovo/a; è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante; è stato coniugato ma il coniuge è deceduto; è 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 genitori affetti da patologia invalidante.

ELENCO FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome	Data e luogo di	Rapporto di	Professione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA che

- le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione mendace, è penalmente perseguibile e decade dai benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L.104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione
- altra documentazione _____

Data _____

Firma _____

(richiedente)