

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Collepasso

Il/La sottoscritt _____ nat a _____ (prov. _____)
il _____, residente a _____
(prov. _____), via _____ n. _____,

in servizio in questo Istituto in qualità di:

DOCENTE di scuola dell'infanzia/primaria/media/superiore

PERSONALE A.T.A. con qualifica _____;

CHIEDE

Di poter fruire dei permessi mensili dell'art. 33, comma 3 della legge 104/92 e dell'art.42 c.3 del D.Lgs. 151/2001
per:

cognome e nome _____ luogo e data di nascita _____ residente a _____
in via _____

o (compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza)

domiciliat _____ nel comune di _____ (Prov. _____) in via _____
n. _____

con il quale ha il seguente rapporto di parentela:

(barrare la casella di interesse)

genitore /genitore adottivo/ legale tutore

coniuge

figlio referente unico non convivente

figlio referente unico convivente

fratello o sorella convivente

Parente o affine entro il 2° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc.) _____
Il diritto può essere esteso ai parenti e agli affini di terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità soltanto qualora i genitori ed il coniuge della persona in disabilità grave abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti; o ha uno o entrambi i genitori deceduti, che abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28.12.2000, come modificato e integrato dall'art. 15 della L. 3/2003 e dall'art. 15 comma 1 della legge 183/2011:

- che il/la Sig. _____ è disabile in situazione di gravità, accertata dalla
ASL di _____ in data _____ come da allegata certificazione¹;

- che la commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata non è scaduta e non ha subito modifiche;
- di svolgere nei confronti del suddetto disabile in situazione di gravità, attività di assistenza continuativa ed esclusiva con carattere di unicità;
- che il/la Sig. _____ non è ricoverat__ a tempo pieno presso istituti specializzati;
- di non fruire dei congedi previsti dall'art.42 comma 5 del D.lgs 151/2000 (congedo due anni) per l'assistenza ai figli o ai fratelli, nei casi previsti, in condizione di handicap grave;
- 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;
- di prendere formale impegno di comunicare con congruo preavviso le richieste di permesso riferite ove possibile all'intero mese di fruizione, per la migliore organizzazione lavorativa;

QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI:

ASSISTENZA PRESTATO AL FIGLIO DA PARTE DEL GENITORE

- che l'altro genitore Sig./Sig.ra _____ del suddetto disabile:
 - è dipendente presso _____ e beneficia dei permessi per lo stesso soggetto alternativamente con il sottoscritto nel limite massimo di gg. 3 al mese complessivi tra i genitori; (allega dichiarazione di responsabilità)
 - pur essendo dipendente non beneficia dei permessi

QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI:

ASSISTENZA PRESTATO AL GENITORE DISABILE DAL FIGLIO REFERENTE UNICO NON CONVIVENTE, IN PRESENZA DI CONIUGE E/O DI ALTRI FIGLI;

O AL Parente o affine entro il 2° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc.) _____
Il diritto può essere esteso ai parenti e agli affini di 3° grado della persona con disabilità in situazione di gravità soltanto qualora i genitori ed il coniuge della persona in disabilità grave abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti o ha uno o entrambi i genitori deceduti, o abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti

- che il Sig./Sig.ra _____, coniuge del suddetto disabile in situazione di gravità:
 - (barrare la casella di interesse)
 - è deceduto/a il _____;
 - non è in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive (aver compiuto i 65 anni o è affetto da patologia invalidante), come da documentazione allegata;
- di avere n. _____ fratello/i/sorella/e (figlio/a/i/e del suddetto disabile), che non è/sono in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive (aver compiuto i 65 anni o è affetto da patologia invalidante), come da documentazione allegata;

FRATELLI E/O SORELLE

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

- di essere l'unico figlio che ha chiesto di fruire, per l'anno scolastico cui si riferisce la presente domanda, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza /del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.L.vo 151/2001.

QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATATA AL GENITORE DISABILE DAL FIGLIO REFERENTE UNICO CONVIVENTE, IN PRESENZA DI CONIUGE E/O DI ALTRI FIGLI ;

O AL Parente o affine entro il 2° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc.) _____

Il diritto può essere esteso ai parenti e agli affini di 3° grado della persona con disabilità in situazione di gravità soltanto qualora i genitori ed il coniuge della persona in disabilità grave abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti

- di essere convivente con il suddetto disabile, presso il seguente indirizzo di residenza: comune di _____ (prov. _____), via _____, n. _____;

- che Sig./Sig.ra _____ coniuge del suddetto disabile:

(barrare la casella di interesse)

è deceduto/a, il _____;

non è in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive, (aver compiuto i 65 anni o è affetto da patologia invalidante), come da documentazione allegata;

- di essere l'unico figlio che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico cui si riferisce la presente domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza / del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.L.vo 151/2001.

QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATATA AL DISABILE DAL FRATELLO/SORELLA CONVIVENTE (*depenmare la casistica che non interessa*)

- di essere convivente con il suddetto disabile grave presso il seguente indirizzo di residenza:

comune di _____ (Prov. _____), via _____ n. _____;

(barrare la casella di interesse)

che entrambi i genitori, sig. _____ (padre) e sig.ra _____ (madre), sono deceduti (rispettivamente il _____ ed il _____);

che entrambi i genitori sono oggettivamente impossibilitati a provvedere all'assistenza del figlio disabile grave perché totalmente inabili, come risulta dalla certificazione² allegata alla presente dichiarazione;

che uno dei genitori, Sig./Sig.ra _____ è deceduto il _____ mentre l'altro, Sig./Sig.ra _____ è oggettivamente impossibilitato a provvedere l'assistenza del figlio disabile grave, perché totalmente inabile, come risulta dalla certificazione allegata alla presente dichiarazione;

**QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI CONFERMA RICHIESTA FRUIZIONE PERMESSI DI CUI
ALLA LEGGE 104/92**

- che, avendo presentato nell'a.s. _____ tutta la documentazione per il beneficio della fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92, permangono le stesse condizioni che hanno dato origine ai benefici di cui sopra.

Dichiara, infine, che le notizie fornite corrispondono a verità, e di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a presentare il certificato della commissione ASL a ogni revisione del giudizio e a comunicare entro 30 giorni le eventuali variazioni delle notizie autocertificate, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione ASL;
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti;
- la fruizione dei permessi da parte di altri familiari.

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi dell'art.10 della legge 31/12/96 n.675, acconsente qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta:

- al trattamento di eventuali dati sensibili;
- al trasferimento dei dati personali e sensibili all'estero;
- alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti;
- alla comunicazione dei propri dati sensibili ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta ad altri centri o amministrazioni pubbliche ove ciò è necessario è per lo svolgimento delle funzioni istituzionali.

Si allega:

1. Certificato rilasciato dalla ASL attestante lo stato di handicap in situazione di gravità del familiare;
2. Dichiarazione dei familiari

Luogo e data _____

firma (leggibile) _____

firma dell'altro genitore _____

solo nel caso in cui usufruisca dei permessi
alternativamente con il richiedente

VISTO:

- SI CONCEDE
 NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Maria Francesca CONTE