

OGGETTO: Richiesta concessione permessi retribuiti per prestare assistenza a persona handicappata in situazione di gravità ex Legge 104/92 ss. – A.S. 202_/202_

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ provincia _____ il _____
e residente/domiciliato in _____ via/piazza _____
_____ n° _____ tel./cell. _____, in
qualità di _____ in servizio presso questa Istituzione
scolastica per il corrente a.s. 202_/202_ ai sensi e per gli effetti del CCNL scuola e della restante normativa
di legge vigente in materia, con la presente

CHIEDE

Alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 (o comma 6), della legge 104/92 ai fini
dell'assistenza del/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
in Via _____ n° _____.

Il/la sottoscritto/a a tal fine

DICHIARA

- 1) di essere in rapporto di parentela entro il 1° o 2° grado oppure il 3° grado con il/la sig./ra
_____ nato/a in _____ il _____
_____ e precisamente di essere _____
(es. coniuge / figlio / genitore, etc.)
di quest'ultimo/a;
- 2) di essere l'unico componente che presta assistenza nei confronti del/la sig./ra _____
_____;
- 3) 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;
- 4) **(da compilare solo per assistenza a figli)**
che l'altro genitore sig./ra _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ non dipendente / dipendente
presso _____ non beneficia / beneficia dei permessi

giornalieri per lo stesso/a figlio/a con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensilmente di tre giorni complessivi tra i due genitori;

5) *(da compilarsi solo se il rapporto di parentela è entro il 3° grado)*

che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premesse esiste un rapporto di parentela/affinità entro il 3° grado (barrare la voce che interessa) e costui:

- non è coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
- è separato legalmente o divorziato/a;
- è coniugato/a, 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;

6) che 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;

7) 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 per l'effettiva tutela dei disabili;

8) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave, in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso);

9) di autorizzare l'invio della presente comunicazione alle Autorità competenti, al fine di effettuare i dovuti controlli sulla veridicità di quanto sopra dichiarato, come previsto dalle vigenti norme;

10) di essere stato/a informato/a sul trattamento dei propri dati personali nonché di avere preso visione e/o ricevuto copia della *Nota informativa sul trattamento dei dati personali* (depositata e pubblicata in copia anche all'Albo e nel sito internet della scuola) e di autorizzare codesta Amministrazione scolastica al trattamento dei propri dati personali per le finalità riconosciute dalle vigenti disposizioni;

11) di impegnarsi a presentare a codesta Amministrazione singole richieste di permesso giornaliero (max 3 giorni al mese, anche continuativi) ogni qual volta sia necessario al sottoscritto/a richiedente con un preavviso di almeno cinque giorni e, comunque, per ogni altro caso previsto con esigenza da documentare;

12) di impegnarsi a presentare a codesta Amministrazione all'inizio di ciascuno mese e comunque entro il giorno tre del mese in cui si intenderà fruire dei permessi, programma di assistenza alla persona handicappata;

13) di allegare, a tal fine, la seguente documentazione (*specificare*):

Modello B

- a. Copia conforme all'originale o autenticata del Verbale della Commissione medica di verifica per l'accertamento dell'handicap rilasciata dalla Azienda sanitaria Prov.le competente;
- b. Fotocopia della Carta di identità della persona assistita;
- c. Fotocopia del Codice fiscale della persona assistita;
- d. Dichiarazione del soggetto disabile;
- e. _____

CON OSSERVANZA

NEPI, _____

(firma)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ via/piazza _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con Verbale della commissione medica di _____ il _____

- (da compilare solo per assistenza a familiare)

di voler essere assistito **soltanto** dal/la Sig./ra _____

nato/a a _____ prov. _____

il _____ C.F. _____

e residente in _____ via/piazza _____

CON OSSERVANZA

NEPI, _____

(firma)