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

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Al Dirigente Scolastico
dell'IPSAR "Federico II di Svevia"
di Siracusa

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ Via _____ in qualità di _____ in servizio presso questo Istituto con contratto a tempo:

□ indeterminato full-time □ part-time □

□ determinato dal_____ al_____

CHIEDE

A) <u>parte riservata al dipendente portatore di handicap:</u>

di poter usufruire ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92:

□ **3 giorni di permesso mensile**

Ovvero

□ **2 ore giornaliere**

in quanto affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3.

B) <u>parte riservata ai parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap:</u>

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 □ ad ore □ a giorni per poter assistere:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela_____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

C.F. _____ residente a _____

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____ (Se superiore a 150 Km. dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

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:

□ il disabile è in vita;

□ l'accertamento dell'handicap **è** □ **IRRIVEDIBILE** □ **RIVEDIBILE**

□ 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 stessa 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/i diritto :**

NOME_____COGNOME_____DATA_____LUOGO NASCITA_____
In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)
_____tel/_____mail_____

NOME_____COGNOME_____DATA_____LUOGO NASCITA_____
In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)
_____tel/_____mail_____

□ 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;

□ 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;

□ 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).

□ Solo per chi assiste familiari di 3° grado:

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

- ○ è 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 (in originale o copia autentica);

□ autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente unico o non Referente unico ;

□ dichiarazione dell' altra persona 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;

□ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

_____

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 fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

1 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; 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 rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai 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.

Siracusa, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____