

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL _____ AL _____ (max. 12 mesi)

PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

(Legge 104/1992, art.33 comma 3; Legge 183/2010, art. 24)

CONIUGI - GENITORI DI MAGGIORENNI

PARENTI O AFFINI ENTRO IL 2°- 3° GRADO DI PERSONE MAGGIORI DI 3 ANNI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

RICHIEDENTE			
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
		GIORNO / MESE / ANNO	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)		COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
CAP	N. TELEFONICO (con prefisso)		

in servizio presso il plesso _____ in qualità di _____

CHIEDE

di fruire dei permessi di cui all'articolo 33 comma 3 della Legge 104/92 come modificata dalla Legge 183 del 4 novembre 2010 per assistere la persona con disabilità grave di seguito indicata, legata dal seguente grado di parentela/affinità _____

DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP			
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
		GIORNO / MESE / ANNO	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)		CAP	COMUNE DI RESIDENZA
			PROV.
☐ Figlio/a biologico/a			
☐ Figlio/a adottat /affidat : data provvedimento di adozione/affidamento _____			
☐ Parente o affine entro il _____° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc) _____			
☐ Convivente con il/la richiedente			
☐ non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato			
☐ in condizione di handicap grave, accertata dalla ASL di _____ in data _____			
☐ non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati			
☐ impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92			

DICHIARA

- ☐ di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni; *(oppure)*
- ☐ che necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave *(oppure)*
- ☐ che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori
- ☐ di essere 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;
- ☐ di essere 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;
- ☐ di essere consapevole che, salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese;
- ☐ di essere consapevole di dover comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RESIDE LA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto parentela	Attività (*)

(*) Specificare se "lavoratore autonomo" - "dipendente pubblico" - "dipendente privato" - "pensionato" - "nessuna"

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (DA NON PRESENTARE SE GIÀ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)	
☐	Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap, o, per le persone con <i>sindrome di Down</i> , anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base, il curante stesso ha rilasciato il certificato - Legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94), o,
☐	Per i grandi invalidi di guerra ed equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero e attestazione medica della necessità di assistenza
☐	Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
☐	Altro (indicare) _____

N.B. Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ (art. 16 c. 1° del D.P.R. n. 413/2000)

Io/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara 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 comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL.
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Preso atto dell'informativa prevista dall'Art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, acconsente che i dati, anche sensibili, forniti con la presente richiesta siano trattati ai fini del riconoscimento del diritto di cui trattasi, ai sensi della vigente normativa. Il trattamento sarà effettuato secondo modalità manuali e informatizzate. Si dichiara consapevole che il conferimento dei dati è obbligatorio: in mancanza dei dati non si potrà procedere al riconoscimento del diritto di cui trattasi. I dati conferiti con la presente saranno oggetto di comunicazione e diffusione esclusivamente ad Enti o Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Data _____ Firma _____
DEL DELLA RICHIEDENTE

DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO (1)

(1) La firma del secondo genitore, che io impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro

Denominazione Ditta _____

Indirizzo e Località _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

(non necessaria per i soggetti con *sindrome di Down*)

Io/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o irragionevoli unette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara 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 dalla ASL, non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____ Firma _____
RICHIEDENTE

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****

Ai sensi dell'art. 38 (L-R) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445, attesto che io/la Sig./Sig.ra _____ preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Art. 75 (R) e 76 (L) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445), ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.

Andria, _____

L'INCARICATO

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Andria, _____