

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

(per: - genitori - coniuge – parenti/affini entro il 2° grado di persona con necessità di sostegno intensivo e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Al Dirigente Scolastico
Liceo Statale “Isabella Gonzaga”
SEDE

l sottoscritt _____
nat il ____/____/____ a _____ (____),
residente a _____ (____) in _____,
in servizio in qualità di _____ (Tel _____)
con contratto a tempo:
☐ indeterminato ☐ determinato ☐ dal ____/____/____ al ____/____/____
full-time ☐ part-time ☐ _____
per n. ____ ore, di tipo verticale su n. ____ giorni, ovvero di tipo orizzontale

CHIEDE

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

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

C.F. _____ **rapporto di parentela** _____

convivente ☐ non convivente ☐ (indicare l'indirizzo completo della persona in condizioni di disabilità) _____ distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____

(Se superiore a 150 Km. dimostrare all'Istituzione Scolastica 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:

☐ la persona in condizione di disabilità è in vita;
la condizione di disabilità ☐ non è rivedibile ☐ è rivedibile in data.....

☐ 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 Funz Pubblica n. 13/2010);

☐ Di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza alla persona con necessità di sostegno intensivo (requisito non richiesto per Legge solo per l'assistenza prestata dai genitori ai figli);

☐ di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza della persona in condizione di disabilità, alternativamente al seguente avente diritto:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
in servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapito) _____

Tel _____ mail _____

☐ Dichiarazioni dell'altro genitore (per assistenza ai figli minori):

Cognome e Nome _____ C.F. _____

non dipendente oppure dipendente presso _____

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio/a con persona con necessità di sostegno intensivo
alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

☐ Solo per dare assistenza a familiari di 3°: il soggetto con necessità di sostegno intensivo con il quale
sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

☐ non 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 entrambe 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 “sostegno intensivo” 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;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti)

Luogo e data

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA

(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

Il sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. di _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona con disabilità, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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 solo per l'effettiva tutela della persona con disabilità;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento della condizione di disabilità in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D. Lgs. 105/2022, può essere riconosciuto al sottoscritto/a e/o alternativamente, ad altro/i soggetto/i previsto dalla legge, per l'assistenza alla stessa persona in condizione con necessità di sostegno intensivo, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari.

Chieti, _____

IL DICHIARANTE

INFORMATIVA

Il Liceo Statale Isabella Gonzaga informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della scuola medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi della normativa vigente sulla privacy.

Chieti, _____

Firma _____