Al Dirigente Scolastico
I.C. "Petralia Soprana"

Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.

Il/La ___sottoscritto/a _____

nat ___ a _____(Prov. ___) il ___/ ___/ _____, residente a _____(Prov. ___), Via _____n. _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

- ☐ Docente
- ☐ ATA (AA)
- ☐ ATA (CS)

con contratto di lavoro a:

- ☐ tempo indeterminato
- ☐ tempo determinato

presso:

- ☐ Uffici Segreteria - Sede _____
- ☐ Scuola Infanzia - Plesso/i _____
- ☐ Scuola Primaria - Plesso/i _____
- ☐ Scuola Primaria - Plesso/i _____
- ☐ Scuola Secondaria I grado - Plesso/i _____

CHIEDE

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

☐ *Cognome e nome* _____

☐ *rapporto di parentela* _____

Data di nascita ___/ ___/ _____, Comune di nascita _____ (Prov. ___)

Codice Fiscale

residente a _____ (Prov. ___)

(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 ___/ ___/ _____

☐ 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 la 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 seguente avente diritto:

NOME_____ COGNOME_____

DATA_____LUOGO NASCITA _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____

tel/_____ mail _____

☐ 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;

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

☐ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

☐ **Solo per dare assistenza a familiari di 3°**

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);

☐ 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;

☐ copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;

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

_____lì, ___/ ___/ _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____

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 pec, 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 e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, 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.

_____lì, ___/ ___/ _____ PER PRESA VISIONE _____