

**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'Istituto Comprensivo Statale**

**"Pietro Giannone – Edmondo De Amicis"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

\_\_\_ Docente \_\_\_ Collaboratore scolastico \_\_\_ Assistente Amministrativo

con contratto di lavoro a \_\_\_ t. ind.to \_\_\_ t. det.to presso: \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ 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:***

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 lo stesso 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) \_\_\_\_\_

**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;
- 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 patologie invalidanti;
- è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- 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.

***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):

*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.*

*I 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.*

Caserta, \_\_\_\_\_

Per Presa Visione

\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA

(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

Il/La 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 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;**
- 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 del disabile;
- 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 dello stato di disabilità grave 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/i dalla legge, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari.**

Caserta, \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

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 del D.Lgs. 196/2003, e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16

Caserta, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

