

MODULO 3

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 oppure per se stesso)

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. 2 De Filippo Vico
Arzano (NA)

Il/la sottoscritt_____ nat _____

il _____ a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta

Istituzione Scolastica in qualità di

- Docente: a tempo indeterminato a tempo determinato
- Collaboratore scolastico: a tempo indeterminato a tempo determinato
- Assistente Amministrativo: a tempo indeterminato a tempo determinato

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:

- il disabile è in vita;
- l'accertamento dell' handicap è **NON RIVEDIBILE** **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)

_____ tel/ _____ mail _____

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;
- 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 in busta chiusa con la scritta “contiene dati sensibili – da aprirsi da parte dell’addetto” la seguente documentazione:

1. 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);
2. dichiarazione di eventuali parenti che non sono in grado di assistere i disabili con documenti di riconoscimento;
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà resa dal familiare disabile che deve essere assistito con copia documento;
4. ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

Firma del Richiedente

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 in quanto riconosciuto/a portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di _____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

Si allega in busta chiusa con la scritta "contiene dati sensibili – da aprirsi da parte della Segreteria del Personale la seguente documentazione:

1. copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" (in originale o copia autentica);
2. 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 dei 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.

Arzano, _____

Per presa visione
