

AL DIRIGENTE SCOLASTICO**ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI I – TIVOLI CENTRO**

Via Acquaregna, 112 – 00019 Tivoli

OGGETTO: Richiesta fruizione permessi L. 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,
CF _____ in servizio presso questa
Istituzione scolastica in qualità di ☐ docente ☐ personale Ata

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- ☐ **soggetto** portatore di handicap ☐ **figlio** di soggetto portatore di handicap
☐ **coniuge** di soggetto portatore di handicap ☐ **genitore** di soggetto portatore di handicap
☐ **parente** o affine entro il 3° grado del soggetto portatore di handicap;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ*(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)*

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

di essere l'unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per l'assistenza di: _____

Tivoli, _____

FIRMA _____

Allega alla presente la "Scheda informativa art. 33 L. 104/92"

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Francesca CERRI

SCHEMA INFORMATIVA ART.33 L. 104/92

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Cognome		Nome		codice fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	
Residenza		Via/Piazza n°		CAP	
Domicilio		Via/Piazza n°		CAP	
Qualifica		Sede		CAP	
Contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato per n° ore _____ ☐ Part time per n° ore _____					
Telefono		Cellulare		E-mail	

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome		Nome		codice fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	
Residenza		Via/Piazza n°		CAP	
Domicilio		Via/Piazza n°		CAP	
Qualifica		Sede		CAP	
Rapporto di parentela con il richiedente: ☐ sé stesso ☐ genitore ☐ figlio ☐ coniuge ☐ parente entro il 3° grado					
Portatore di handicap grave accertato dalla ASL di			in data		
Disabilità rivedibile	☐ sì ☐ no	Anno di revisione			
Minore di tre anni	☐ sì ☐ no	Ricoverato a tempo pieno	☐ sì ☐ no	Ricoverato a tempo pieno presso Istituti specializzati	☐ sì ☐ no
Convivente	☐ sì ☐ no				

STATO DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore)* Dati del datore di lavoro

* Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di **inabilità lavorativa** al 100% o **invalidità civile** superiore ai 2/3(in questi ultimi due casi vanno allegate le relative certificazioni).

IN CASO DI NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente dichiara:

☐ **dichiara** di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.

☐ **indica**

- la distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap:
Km _____

SIA IN CASO DI CONVIVENZA CHE NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente

☐ **dichiara**, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap

ovvero

☐ **dichiara** che l'altro genitore:

Sig./ra.....C.F.....

non dipendente / dipendente presso.....

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

☐ **dichiara** che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:

☐ non è coniugato; ☐ è vedovo/a; ☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;

☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante; ☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto; ☐ è 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 genitori affetti da patologia invalidante.

ELENCO FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Rapporto di parentela	Professione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA che

- ☐ le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- ☐ è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione mendace, è penalmente perseguibile e decade dai benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- ☐ 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;
- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- ☐ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- ☐ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- ☐ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- ☐ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.

- ☐ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- ☐ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione
- ☐ altra documentazione_____

Tivoli, _____

FIRMA_____