

Oggetto. Richiesta per usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 della legge n. 104/1992

(come modificato dalla Legge n. 183/2010, dal D.Lgs. n. 119/2011 e dal D.Lgs. n. 105/2022)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. _____) il ___/___/_____
 codice fiscale _____, residente a _____ (Prov. _____)

In _____ n. _____ recapito telefonico _____ email _____

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di:

- docente** con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato
 ATA con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato
 part-time orizzontale part-time verticale per _____

in qualità di:

- lavoratore disabile in situazione di gravità (art. 33, comma 6)
 genitore per figlio di età inferiore a tre anni e fino a otto anni (art. 33, commi 1-2-3)
 genitore per figlio di età superiore a otto anni (art. 33, comma 3)
 coniuge, parente o affine per familiare entro il 2° grado (art. 33, comma 3)
 parente o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado (art. 33, comma 3)

chiede di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992

per poter assistere _____ nat. il ___/___/___ a _____ (Prov. _____)

codice fiscale _____, residente a _____ (Prov. _____) in _____ n. _____ con il

quale è nella seguente relazione di parentela: _____;

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'ASL/INPS di _____, nella seduta del ___/___/___, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992),

come risulta dall'allegato Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

- rivedibile in data _____ Non rivedibile

- di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere (con riserva di presentare, al rientro in servizio, la documentazione che attesti che _I_ sottoscritt _si_ è effettivamente recato presso la residenza del familiare da assistere)
 di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere
 che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con disabilità
 che il seguente familiare _____ nat. il ___/___/___ a _____
 (Prov. _____) codice fiscale _____, residente a _____ (Prov. _____)
 in _____ n. _____ non dipendente / dipendente
 presso _____ beneficia alternativamente al sottoscritt _ e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, con il quale è nella seguente relazione di parentela: _____

- che la persona con disabilità con cui sussiste un rapporto di parentela / affinità sino al 3° grado
 - non è coniugato
 - è vedovo
 - 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 i genitori affetti da patologia invalidante
- che la persona con disabilità non è ricoverata a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare INPS n. 155 del 3 dicembre 2010
- di impegnarsi 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)
- a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km
- di impegnarsi a presentare in tempo utile una programmazione dei permessi con riferimento all'intero arco temporale del mese
- di aver letto l'informativa (presente sul sito della scuola) fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e degli artt. 13-14 del GDPR, e si impegna a comunicare per iscritto ogni eventuale correzione, integrazione e/o aggiornamento dei dati forniti
- di aver preso visione sul sito della scuola dell'informativa sulla privacy e di essere informato/a, ai sensi del regolamento (UE) 20167679 e s.m.i. che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della normativa a tutela della protezione dei dati personali, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ivi compresa la raccolta e la trasmissione telematica all'apposita banca dati istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, finalizzata al monitoraggio e al controllo della legittima fruizione dei permessi;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità legate alla richiesta e fruizione dei permessi mensili per assistenza al familiare in situazione di handicap con connotazione di gravità

Allega:

- copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1 della L. n. 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 L. n. 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 verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- 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

Luogo e data _____

(firma per esteso e leggibile)

parte riservata alla scuola

Vista e verificata la legittimità dell'istanza e la documentazione allegata, informo la S.V.

- che ha diritto a fruire dei benefici richiesti
- non ha diritto a fruire dei benefici richiesti per le seguenti motivazioni:

Luogo e data _____

Il dirigente scolastico