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’ I.C.S. “Sperone Pertini”

 di Palermo (PA) Il/La sottoscritto/a residente a in qualità di in servizio presso questo Istituto con contratto a tempo:

* indeterminato full-time □ part-time □
* determinato dal al

# C H I E D E

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

* ad ore □ a giorni 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)

fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92

* ad ore □ a giorni per se stessa:

**Cognome e nome** Data di nascita Comune di nascita Provincia **C.F.** residente a

# 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 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 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/ai seguente/i avente/i diritto :**

# NOME COGNOME DATA LUOGO NASCITA

**In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)**

#  tel/ mail

**NOME COGNOME DATA LUOGO NASCITA**

# In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

 **tel/ mail**

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;

* 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;
* 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).
* di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
* padre madre fratello sorella figlio coniuge
* parente entro il secondo grado affine entro il secondo grado
* di non fruire dei congedi previsti dall’art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2000 per l’assistenza ai figli (o nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) in condizione di handicap grave;
* di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa: (1)
* non è coniugata è vedova è coniugata ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
* è coniugata, ma il coniuge è effetto da patologia invalidante; (2)

 è stata coniugata ma il coniuge è deceduto ; è separata legalmente o divorziata (3) è coniugata,ma in situazione di abbandono (4) ha uno o entrambi i genitori deceduti ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (2)

1. Ai fini del diritto alla fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate.
2. Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall’art. 2 del Decreto Interministeriale n: 278 del 21/7/2000. In tale caso deve essere allegata idonea documentazione del medico specialistica del servizio sanitario nazionale o con esse convenzionato o dal medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o interventi chirurgici.
3. In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o divorzio.
4. In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.
* **In caso di adozione/affidamento** data del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dal tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. A tal fine allega verbale rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell’ handicap accertato ai sensi dell’art. 4 comma 1 della legge 104/92 (anche in copia autenticata) o, nell’attesa della decisione, laddove siano decorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione della domanda, il certificato provvisorio rilasciato dal medico specialista nella patologia denunciata, dipendente del SSN o assimilato.

# 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);
	+ autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente unico o non Referente unico ;

□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;

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

*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 fax, 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; 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.*

Palermo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “SPERONE-PERTINI” PALERMO**

**VISTA** l’istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi del diniego:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LA DIRIGENTE ( Antonella Di Bartolo)