Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. Cittadella – Margherita Hack di Ancona

Oggetto: **Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge 104/1992 e s.m.i. – prima istanza**

Il/La sottoscritto/a_____
nato/a_____ il _____
in servizio presso_____
con completamento presso _____

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 (o comma 6), della legge 104/1992 ai fini dell'assistenza del/della Sig./ra _____
nato/a _____ il _____
C.F._____
residente a_____
*in Via*_____ n._____
CAP_____
con cui è legato/a dal seguente vincolo di parentela: _____

Il/La sottoscritto/a ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.,

dichiara che
(barrare le voci che interessano)

- □ nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo ed allega la dichiarazione di rinuncia degli altri familiari aventi diritto a usufruire dei benefici della L. 104/1992;

- □ il familiare _____ beneficia dei permessi per la stessa persona in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo alternativamente al/alla sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi;

- □ l'altro genitore Sig./ra _____ C.F. _____ non dipendente/dipendente presso _____, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo alternativamente al/alla sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

□ di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi, dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 c. 5 del D.Lgs. 151/2001 per l'assistenza dei figli (o nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo;

□ la persona in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo non è ricoverata a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

□ con la persona in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2°grado;

□ con la persona in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado

e costui:

- □ 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;
- □ altro da specificare: _____ _____

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDE LA PERSONA IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ E NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO			
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE

è a conoscenza che

- se il permesso viene chiesto per una persona in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;
- ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento della condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30gg;
- la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela delle persone con disabilità;

- ai sensi dell'art.20, comma 3, della legge 102/2009, lo scrivente può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione AST gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno delle condizioni di invalidità e di disabilità della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92;
- qualora la Commissione medica, nelle ipotesi di cui ai punti 2 e 3 di seguito riportati, non dovesse riconoscere i benefici di cui all'oggetto, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza;

Dichiara

di aver preso visione dell'informativa di codesto Istituto (pubblicata anche sul sito web dell'Istituto) ai sensi del Regolamento UE 2016/679 – Regolamento generale per la protezione dei dati (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari...»

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'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 la condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992. In alternativa: nell'ipotesi di patologia oncologica ove, trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento della condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo e non sia stato rilasciato dalla competente Commissione Medica ancora il verbale di cui al punto 1): **1.bis** certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetta la persona da assistere.
2. DICHIARAZIONE DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ E NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO - o del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene/vengono indicato/i il familiare/i familiari che debba/debbano prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;
3. nei casi previsti, DOCUMENTAZIONE SANITARIA ATTESTANTE PATOLOGIA INVALIDANTE rilasciata dal medico specialista dei SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
4. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti LO STATO GIURIDICO DI DIVORZIO O DI SEPARAZIONE.

IN FEDE

_____, _____

Firma del dipendente

_____

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____