

**OGGETTO: Domanda di permesso straordinario retribuito per assistenza portatore handicap grave, di durata biennale**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_

nat. il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ comune con contratto: \_\_\_\_\_ provincia CAP

a tempo  INDETERMINATO  DETERMINATO

**CHIEDE**

di assentarsi per:

usufruire del **congedo biennale** retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009, in quanto:

genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni; 1]

genitore della persona disabile di età superiore a tre anni; 1]

parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio); 1]

intero, ..... dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

frazionato, ..... dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

A tal fine

**DICHIARA**

di aver già fruito dello stesso congedo nel seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

di non aver mai fruito dello stesso congedo.

Si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle

disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Si impegna a non prestare altra attività lavorativa nel periodo di congedo richiesto.

**Avvertenza:** *il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

**DICHIARA INOLTRE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ 1]**

- ai sensi della legge n. 15/1968 e del DPR 445/2000 di **essere effettivamente convivente** con il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_ unitamente al quale abita nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ e che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt\_\_ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89.
- consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni di essere l'unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per l'assistenza del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_

DATI DEL PORTATORE DI HANDICAP		
<b>COGNOME E NOME</b>	<b>PARENTELA</b>	<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>
<b>CODICE FISCALE</b>	<b>RESIDENZA</b>	<b>VIA/PIAZZA/VIALE</b>
<b>RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DICHIARANTE</b>	<input type="checkbox"/> Sé stesso <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> parente entro 3°grado	
<b>PORTATORE DI HANDICAP GRAVE ACCERTATO DALLA ATS/ASL DI</b>	<b>COMPETENZA TERRITORIALE</b>	<b>DATA</b>
<b>DISABILITÀ RIVEDIBILE</b>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

STATO DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP		
<b>COGNOME E NOME E RAPPORTO DI PARENTELA</b>	<b>Data / Luogo nascita</b>	<b>Professione (*)</b>

**Avvertenza**

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato da certificazione
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione.

*(\*) 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 casi vanno allegate le relative certificazioni).*

**IN CASO DI NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP**

Il richiedente

**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 \_\_\_\_\_

il tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore \_\_\_\_\_

**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.

Ancona, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_a

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

convivente con il/la Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, familiare disabile, con il quale abita nel Comune di

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_a

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

convivente con il/la Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, familiare disabile, con il quale abita nel Comune di

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_a

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

convivente con il/la Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, familiare disabile, con il quale abita nel Comune di

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE ALTRI FAMILIARI/PARENTI DEL DISABILE NON CONVIVENTI AVENTI DIRITTO**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_a

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_a

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DELL'ASSISTITO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. e relative sanzioni per dichiarazioni false e mendaci,

### **dichiara**

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di \_\_\_\_\_
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in qualità di \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito/a dal/dalla Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

*Dichiara, infine, 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...»*

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46\_DPR 445/2000)

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

- 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 falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- il dipendente necessita delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;
- il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

### ALLEGATI

- Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'ASL)
- Altra documentazione:

Ancona, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**VISTI** l'istanza dell'interessato, gli atti d'Ufficio e le esigenze di servizio:

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

- si concede*
- non si concede*

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

*Prof.ssa Marta Marchetti*

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

**GIORNI SPETTANTI MESE** \_\_\_\_\_ **a.s. 20**\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Spettanti gg. \_\_\_\_\_

Fruiti con corrente richiesta gg. \_\_\_\_\_

Residui gg. \_\_\_\_\_