

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 _ l _ 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 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