

Al Dirigente Scolastico

DOMANDA DI CONCESSIONE DI PERMESSO RETRIBUITO
PER ASSISTENZA DI FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ (città, via/piazza n.)

in servizio presso il vs. Istituto nell'a.s. 20 __/__/__ in qualità di _____

CHIEDE

di fruire di giorni di permesso mensile (massimo 3) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile all'ufficio di segreteria, a tal fine DICHIARA quanto segue:

DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE

cognome e nome _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

Dati di residenza da indicare solo se diversi da quelli del richiedente: indirizzo (via/piazza, n., frazione) CAP, comune di residenza, provincia:

figlio/a

figlio/a adottat.../affidat...: data provvedimento di adozione/affidamento _____

parente o affine entro il 3° grado (specificare il rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc.) _____

convivente con il/la richiedente;

non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato.

Portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____

non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap (oppure)

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità);

- di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi, dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per l'assistenza ai figli (o nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) con handicap grave;

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. N. 403/98 e della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 8/99, le amministrazioni potranno procedere alle verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di difformità rispetto al vero, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale per reato di falso e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Il sottoscritto/a dichiara inoltre che:

- Presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni.
- Necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del 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;
- di essere 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 sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL;
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

Ai sensi della legge sulla privacy, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili;
2. alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la presente richiesta, o un notevole ritardo nella definizione, non consente a quanto indicato ai punti:

_____.
Data _____ Firma _____

FIRMA DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO _____

La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 gg complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:

Denominazione ditta _____

Indirizzo e località _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false e fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dall'ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____ Firma _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- Certificato rilasciato dalle competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap ai sensi della legge 104/92:
- Altro:

