

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE I.C. COMO NORD

VIA BROGEDA 21 22100 COMO (CO) –



031541180 - e-mail: **coic848001@istruzione.it**

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Como Nord**

Oggetto: richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge 104/1992 e s.m.i.

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 _____
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 lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave ed allega la dichiarazione di rinuncia degli altri familiari aventi diritto a usufruire dei benefici della L. 104/1992;
- l'altro _____ genitore
Sig./ra _____ C.F. _____
_____ non dipendente/dipendente
presso _____,
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave 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) con handicap grave;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE I.C. COMO NORD

VIA BROGEDA 21 22100 COMO (CO) –

 **031541180** - e-mail: **coic848001@istruzione.it**

- o con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2°grado;
- o con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado

e costui:

- o non è coniugato;
- o è vedovo/a;
- o è coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- o è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- o è stato coniugato, ma il coniuge è deceduto;
- o è separato legalmente o divorziato;
- o è coniugato, ma in situazione di abbandono;
- o ha uno o entrambi i genitori deceduti, ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- o ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante.

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE				
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA	DI	PROFESSIONE

è a conoscenza che

- la richiesta dei permessi è finalizzata non a far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente ad esigenze di tipo 'sanitario';
- se il permesso viene chiesto per un soggetto 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave 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 dei disabili;
- ai sensi dell'art.20, comma 3, della legge 102/2009, lo scrivente può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno delle condizioni di invalidità ed handicap 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 lo stato di disabilità grave' 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 dello stato di disabilità grave 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 affetto il soggetto da assistere.
2. DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO IN SITUAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE - o del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba 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
