

Oggetto: domanda di fruizione CONDIVISA dei permessi retribuiti per assistenza a soggetto portatore di handicap grave - L. 104_92.

Il/la sottoscritto/a _____,
nat ____ a _____ (Prov. _____) il ____/____/____,
residente a _____ (Prov. _____),
via _____ n. _____
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di: Docente ATA
con contratto di lavoro a: tempo indeterminato tempo determinato

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 3, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

cognome e nome _____
rapporto di parentela _____
data di nascita ____/____/____, *comune di nascita* _____ (prov. _____)
residente a _____ (prov. _____)
(se non convivente, indicare indirizzo completo della persona da assistere).

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 sotto la propria integrale ed esclusiva responsabilità:**

- che la persona da assistere è in vita;
- che l'accertamento dell'handicap è:
 - NON RIVEDIBILE**
 - RIVEDIBILE** a far data dal ____/____/____
- che il soggetto in situazione di disabilità grave **non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata** (le eventuali eccezioni, purché conformi a quanto indicato al punto 5 della Circolare del Ministero della Funzione Pubblica n. 13/2010, devono essere comprovate con idonea documentazione da allegare al presente modulo);
- di essere a conoscenza che:
 - ✓ il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui alla L.104/92 e ss.mm.ii, per l'assistenza del familiare sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma della L. 104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);
 - ✓ in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile;
- che, oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

nome _____ *cognome* _____

recapito telefonico: _____ *e-mail* _____

nome _____ *cognome* _____

recapito telefonico: _____ *e-mail* _____

- che, in presenza degli altri beneficiari, ha l'obbligo di frazionare alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;
- che il nucleo familiare della persona la quale fruisce dei benefici ex L. 104/92 è costituito come segue:

Nome e cognome	Relazione di parentela

- che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità:

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

Allega:

- verbale di accertamento della Commissione medica, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi della L. 104/92;
- copia del proprio documento di riconoscimento;
- copia dei documenti di riconoscimento degli altri beneficiari dei permessi ex L. 104/92;
- copia del documento di riconoscimento del familiare disabile;
- eventuale e ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti): _____

_____ lì, __/__/_____

Il/la sottoscritto/a **si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione di appartenenza qualsiasi variazione** relativa a quanto dichiarato nel presente modulo.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione - completa, pena la non validità, di tutti gli allegati da presentare obbligatoriamente come sopra specificato - deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'Ufficio competente via PEC oppure a mezzo PEO.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 ss.mm.ii. e del regolamento UE 679/16, ai quali si fa riferimento per tutto quanto eventualmente non specificato nel presente modulo; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi, ovvero l'omissione anche parziale dei dati comportano l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato/a ha diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali; in caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

_____ lì, __/__/_____

Per presa visione

- Si autorizza
- Non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Roberto Toro
