

**Oggetto: domanda di fruizione NON 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 il referente unico, con continuità e in via esclusiva e con la piena e incondizionata approvazione della persona da assistere, di tutta l'attività di assistenza al disabile e che nessun altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso persona in situazione di disabilità grave;
- che il nucleo familiare della persona la quale fruisce dei benefici ex L. 104/92 è costituito come segue:

<i>Nome e cognome</i>	<i>Relazione di parentela</i>

- 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 del documento di riconoscimento del familiare disabile;
- eventuale e ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti): \_\_\_\_\_

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

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.

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

Per presa visione

\_\_\_\_\_

- Si autorizza
- Non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Roberto Toro

\_\_\_\_\_