Al Dirigente Scolastico

Dell’IIS “Carlo e Nello Rosselli”

Aprilia (LT)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di:

* Docente di scuola secondaria di II grado
* ATA

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art.33 e successive modificazioni in qualità di:

* Genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
* Genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
* Parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
* Lavoratore disabile richiedente i permessi per uso personale.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(Art.46 e 47 ® T U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R.28/12/2000, N°445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità.

**DICHIARA**

1. Che l’ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_,

ha riconosciuto la gravità dell’handicap (ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

grado di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data adozione/affido)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

come risulta dalla certificazione che si allega.

1. Che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è cosi costituita:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **RAPPORTO DI PARENTALE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso Istituti specializzati;
* Di assistere la persona sopra indicata i via esclusiva e continuativa;

*oppure*

* Che altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite massimo di 3 giorni complessivi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **CODICE FISCALE** | **DATI DATORE DI LAVORO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*oppure*

* che l’altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell’altro genitore);
* di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all’indirizzo sopra specificato;

*oppure*

indicare se il figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificatamente se: padre, nuora, ecc.).

* di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l’assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza;

1. Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

* che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornirle assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **MOTIVO PER CUI NON PUO’ PRESTARE ASSISTENZA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona con handicap individuate con deliberazione n.32 del 7.3.2000 dell’INPS:

1)Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall’art.33, comma 3, della Legge n.104/92, qualora, nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere la persona con handicap sono individuabili al verificarsi del seguenti ipotesi:

a. riconoscimento, da parte dell’INPS o di altri enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sè, un’incapacità al lavoro pari al 100% (quali le pensioni di inabilità o analoghe provvidenze in qualsiasi modo e denominante)

b. riconoscimento, da parte dell’INPS o di altri enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominante (quali le pensioni di invalidità civile, gli assegni di invalidità INPS, le rendite INAIL o simili) che individuino direttamente o indirettamente una infermità superiore ai 2/3;

c. età superiore ai 65 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;

d. età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);.

e. infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedalieri

2) altre infermità temporanee, indebitamente documentate o più in generale i motivi di carattere sanitario anch’essi debitamente documentati del familiare non lavoratore dovranno essere valutati da un medico della sede INPS al fine di stabilire se per quale periodo, in elazione alla natu5ra dell’handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista un’impossibilità per quest’ultimo di prestare assistenza.

3) in caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio con portatore di handicap grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori di fruire secondo le condizioni previste dai permessi per assistere tale figlio.

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore

* di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
  + 3 giorni al mese
  + 2 ore al giorno dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi dell’art.71,75,76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari i materia di documentazione amministrativa – D.P.R. del 228/12/2000, n°445.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base delle dichiarazione non veritiera.**