|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO copia | **logo_istruzione**  ISTITUTO COMPRENSIVO ”G. MOSCATI” BENEVENTO  Via Cosimo Nuzzolo n. 37/a - 82100 BENEVENTO  *tel.* *0824* 1909648  *Cod. mec.* bnic84300x –*Cod.Fiscale* 92051360623  *e-mail* [bnic84300x@istruzione.it –](mailto:bnic84300x@istruzione.it%20-) *pec* bnic84300x@pec.istruzione.it  *sito web* <http://www.icmoscatibn.edu.it> | LOGO 1 |

***Domanda di ammissione ai permessi art.33 L. 104/92***

*(Per: genitori – coniuge –parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado*

*solo nei casi individuati dalla Legge)*

Al Dirigente Scolastico

I.C. “G. Moscati”

Benevento

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov\_\_\_\_\_\_\_\_),

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_Docente \_ Collaboratore Scolastico\_ Assistente

Amministrativo con contratto di lavoro a

|  |  |
| --- | --- |
| * Tempo Indeterminato | * Tempo Determinato |

**CHIEDE**

di fruire dei permessi previsti dall’art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

*Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Rapporto di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_)*

*c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se non convivente indicare indirizzo completo del*

*Portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni KM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Se superiore a 150 KM dimostrare alla propria Direzione l’assistenza con titoli di viaggio o simili).*

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 che:

* Il disabile è in vita;
* l’accertamento dell’handicap è \_\_\_\_\_\_\_\_**IRRIVEDIBILE**\_\_\_\_\_\_**RIVEDIBILE** il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
* di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l’attività di assistenza al disabile e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
* **di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:**

*NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUOGO DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* solo per dare assistenza a familiari di 3° grado:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

* è coniugato/a;
* è vedovo/a;
* è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
* è coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
* è coniugato ma in situazione di abbandono;
* 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 patologie invalidante.

Si allega:

* copia certificato ASL competente, attestante lo stato di Portatore di handicap in situazione di gravità in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi dell’art. 3, comma 3, L. 104/92;
* dichiarazione dell’altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
* copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
* ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti).

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*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 e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l’impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.*

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’ E CONSAPEVOLEZZA**

(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

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

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov\_\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall’art. 75 del medesimo Testo Unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

* che è 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;
* che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l’effettiva tutela del disabile;
* che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
* che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D.Lgs 105/2022, può essere riconosciuto al sottoscritto/a e/o alternativamente, ad atro/i soggetto/i previsto/i dalla legge, per l’assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra beneficiari.

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti ai sensi del D.Lgs. 196/2003, e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16 |