

	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) PERSONALE ATA	Cod. Doc: Permessi Legge 104 Data emissione _____ N°. di revisione _____
--	---	---

Protocollo
Prot. n° _____ Pos. _____
Data, _____

Al Dirigente Scolastico
I.I.S.S. "L. EINAUDI" - FOGGIA

Il/La sottoscritto/a _____, nat__ a _____
 _____ il _____, residente a _____
 in _____, in servizio presso _____
 in qualità di _____ a tempo indeterminato /determinato,

CHIEDE

Di fruire dei:

- 3 giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92
- 3 giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 in modalità oraria ¹ con le seguenti modalità:

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
 Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
 Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

per poter assistere:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____
 C.F. _____ residente _____
 Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____
 (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 titolo 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:

¹ I dipendenti ATA hanno diritto, ove ne ricorrano le condizioni, a fruire dei tre giorni di permesso di cui all'art. 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104. Tali permessi sono utili al fine delle ferie e della tredicesima mensilità e possono essere utilizzati ad ore nel limite massimo di 18 ore mensili.
 Al fine di garantire la funzionalità del servizio e la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, il dipendente predispone, di norma, una programmazione mensile dei giorni in cui intende assentarsi, da comunicare all'ufficio di appartenenza all'inizio di ogni mese. In caso di necessità ed urgenza, la relativa comunicazione può essere presentata nelle 24 ore precedenti la fruizione dello stesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente utilizza il permesso. (art. 32 commi 1-4 CCNL 2018)

Il soggetto da assistere è in vita;
 il soggetto in stato di handicap 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);
 è consapevole che un altro familiare lavoratore può beneficiare dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di handicap grave e che il diritto riconosciuto, su richiesta, "a più soggetti" deve essere fruito "in alternativa tra loro";
 è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del soggetto in stato di handicap grave e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
 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).

Dichiarazioni dell'altro familiare :

Cognome e Nome _____ C.F. _____
dipendente presso _____ beneficia dei
permessi giornalieri per lo stesso familiare con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel
limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due familiari dipendenti;

Dichiarazioni, solo per dare assistenza a familiari di 3°:

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

- non 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
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambe i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

Si allega:

copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "handicap grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica),
 ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda

Firma del richiedente

Per presa visione:
Il Dirigente Scolastico
