

	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 DOCENTE	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 docente a tempo indeterminato /determinato,

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 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:

- 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 consegue 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
