



Ministero dell'Istruzione

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto comprensivo "Dante Monda - Alfonso Volpi"
via Cardan snc 04012 Cisterna di Latina*

☎ 079699166 Cod fiscale 81115560593

✉ Itcs3507@istruzione.it Itcs3507@pec.istruzione.it

Sito internet www.icmonda-volpi.edu.it



Ufficio gestione personale docente e non docente

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

(per: - dipendenti portatori di handicap – genitori di figlio portatore di handicap grave – coniuge – parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave estensione al 3° grado)

**Alla Dirigente Scolastica
Dell'I.C. "Dante Monda Alfonso Volpi"
SEDE**

Il/la sottoscritto/a _____ (matr. n. _____)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

codice fiscale _____

dipendente di questa Amministrazione con contratto a tempo:

- Indeterminato**
- Determinato:** dal _____ al _____
- Part-time**%
- Full-time**

in servizio presso _____ tel. _____

CHIEDE

A) parte valida per il dipendente portatore di handicap:

di poter usufruire ai sensi dell'art 33 della Legge 104/92:

3 giorni di permesso mensile

ovvero

2 ore giornaliere

In quanto affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 33 comma 3

B) parte valida per i parenti/affini entro il 2°/3° grado di portatore di handicap

L'estensione al 3° grado di parentela (zii, nipoti in quanto figli di fratelli/sorelle), bisnonni, pronipoti in linea retta o affinità (zii acquisiti, nipoti acquisiti in quanto figli di fratelli/sorelle) è possibile solo nei seguenti casi:

Il coniuge o i genitori della persona da assistere:

- abbiano compiuto i 65 anni di età
- che siano affetti da patologie invalidanti
- che siano deceduti o mancanti

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92

- 3 giorni di permesso mensile**

ovvero

- 2 ore giornaliere per un totale di n. 18 ore mensili**

a tal fine autocertifica, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

Cognome e nome _____ Rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____

A tal fine dichiara:

- che è convivente con la persona disabile;**
(se non convivente indicare sotto indirizzo completo del portatore di handicap)
- che se la distanza stradale tra l'abitazione del sottoscritto e quella del portatore di handicap è superiore 150 chilometri si impegna ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito;
- che pur essendo presenti nel nucleo familiare i seguenti parenti/ affini entro il 2° grado **non lavoratori**, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità (1):

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione _____

Cognome nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione _____

- che nel nucleo familiare del disabile sono presenti i seguenti parenti/affini entro il 2° grado **lavoratori**
che non usufruiscono dei permessi ai sensi dell'art. 33 Legge 104/92:

Cognome e nome	Grado di parentela	Nome Azienda	Indirizzo Azienda

che il portatore di handicap **non è ricoverato a tempo pieno** presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza ospedaliera (per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore)

- fanno **eccezione** a tale presupposto le seguenti circostanze:

- o interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
- o ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
- o ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

La ricorrenza delle situazioni eccezionali di cui sopra dovrà risultare da idonea documentazione medica che l'amministrazione è tenuta a valutare.

Il/La sottoscritto/a precisa:

B bis) parte valida solo per i genitori che assistono il figlio:

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92:

o **3 giorni di permesso mensile**

Ovvero

o **2 ore giornaliere per un totale di n. 18 ore mensili**

A tal fine autocertifica, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

Cognome e nome _____ Rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____

Che anche: il/la Sig./ra _____

Cognome e nome _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____

Datore di lavoro: Denominazione

Indirizzo

concorre ad assistere il portatore di handicap, **in alternanza con il richiedente**, per i seguenti

motivi: _____

- che il portatore di handicap **non è ricoverato a tempo pieno** presso struttura ospedaliera o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza ospedaliera (per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore)
- fanno **eccezione** a tale presupposto le seguenti circostanze:
 - o interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
 - o ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
 - o ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

La ricorrenza delle situazioni eccezionali di cui sopra dovrà risultare da idonea documentazione medica che l'amministrazione è tenuta a valutare.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.);
- di essere 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 la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno della spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile.

Il/La sottoscritto/a è stato informato che:

- i dati forniti sono acquisiti dall'Ateneo 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
- 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.

Allo scopo allega:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- Dichiarazione del soggetto disabile (solo per parenti/affini entro il 2°/3° grado di portatore di handicap)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, trascorsi 6 mesi dalla presente domanda, in caso di provvedimento negativo, da parte della Commissione Medica di Verifica, è tenuto/a alla restituzione dei benefici erogati in attesa della conclusione del procedimento dell'Amministrazione.

Cisterna di Latina, _____

Firma del richiedente

Per presa visione

Il DSGA _____

Il Dirigente Scolastico

NOTA 1 (Situazione oggettiva di impedimento a fornire assistenza alla persona disabile)

- grave malattia;
- presenza in famiglia di più di tre minorenni;
- presenza in famiglia di un bambino inferiore a 6 anni;
- necessità di assistenza anche in ore notturne e anche da parte del lavoratore (da valutare a cura del medico curante);
- riconoscimento di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le pensioni di inabilità o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate);
- riconoscimento di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le pensioni di invalidità civile, gli assegni di invalidità I.N.P.S., le rendite I.N.A.I.L., e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
- età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
- età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
- infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero;
- le infermità temporanee che non diano luogo a ricovero ospedaliero dovranno essere valutate dal medico curante al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza;
- mancanza di patente di guida del non lavoratore; motivo valido, peraltro, solo se il lavoratore **documenta** la necessità di trasportare, **nei giorni richiesti**, il figlio o parente handicappato **per visite mediche, terapie specifiche** e simili e dichiara l'impossibilità di far trasportare la persona handicappata da altri soggetti conviventi non lavoratori, in quanto sprovvisti di patente di guida.

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritt

nat a

_____ prov. (____) il _____, residente
a _____ -prov. _____ - Via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____ -prov. _____ - il _____
C.F. _____ e residente in _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.