

Protocollo:

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo LOZZO ATESTINO

Oggetto: Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità.
(coniuge, parenti e affini) Art. 33 comma 3 legge 104/1992 e art. 42 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003).

RICHIEDENTE:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ nato il _____

a _____ Prov. _____ Stato _____

Cittadinanza _____

Residente in _____ Prov. _____ Stato _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Grado di parentela con il disabile _____

Telefono* _____ Cellulare* _____

Indirizzo e-mail* _____

* *dati facoltativi*

C H I E D O

- Per assistere figli con età superiore a tre anni, coniuge, parenti e affini disabili in situazione di gravità:
- di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo 3) (art. 33, comma 3, legge 104/92) e della relativa indennità nelle giornate che saranno indicate in tempo utile a codesto Ufficio:
dal _____
- Per assistere figli minori di tre anni di età disabili in situazione di gravità:
- di usufruire del prolungamento del congedo parentale (art. 33 decreto legislativo 151/2001) e della relativa indennità nei periodi che saranno indicati in tempo utile a codesto Ufficio;
 - di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) (art. 33, comma 3, legge 104/92) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile a codesto Ufficio:
dal _____

D I C H I A R O

- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno con qualifica di _____
- di svolgere attività lavorativa part time:
- orizzontale • verticale: n. giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori

- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno
- che il signor _____ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge 104/92) di _____
- di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
- padre; • madre; • fratello; • sorella; • figlio; • coniuge;
 - parente entro il secondo grado; • affine entro il secondo grado;
- di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa: (1)
- non è coniugata; • è vedova; • è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (2);
 - è stata coniugata, ma il coniuge è deceduto; • è separata legalmente o divorziata (3)
 - è coniugata, ma in situazione di abbandono (4) • 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 patologia invalidante (2)
- Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:
Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ nato il _____ a _____ Prov. _____
 - Dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità:
Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ nato il _____ a _____ Prov. _____

- (1) *Ai fini del diritto di fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate.*
- (2) *Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000. In tal caso deve essere allegata, in busta chiusa, idonea documentazione del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.*
- (3) *In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o di divorzio.*
- (4) *In tal caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.*

IN CASO DI ADOZIONE/AFFIDAMENTO

Data del provvedimento di adozione/affidamento _____

Rilasciato dal Tribunale di _____ provvedimento n. _____

Mi impegno a comunicare a codesto Ufficio qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

DATI DELLA PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____ Stato _____

Cittadinanza _____ Residente in _____ Prov. _____

Stato _____ Indirizzo _____ C.A.P. _____

D I C H I A R O (solo se maggiorenne)

- Di essere coniuge parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. figlio, cognato, ecc.) _____ del richiedente dal quale intende essere assistito
- Di essere parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, zio) _____ del richiedente dal quale intende essere assistito o di essere nelle condizioni dichiarate dal richiedente medesimo
- Di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di _____
- Di non essere ricoverato a tempo pieno
- Di essere impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

Firma _____

Documentazione allegata:

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità
- Altro (*Indicare*) _____

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA' CHE SI TROVA IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE

Io sig. _____ ho prestato questa dichiarazione in qualità di (*grado di parentela*) _____ del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare _____

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal Sig. _____
(*estremi del documento di riconoscimento*) _____
il quale ha altresì dichiarato di essere (*grado di parentela*) _____
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Solesino, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dichiarazione del disabile in situazione di gravità che non sa o non può firmare
Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (*estremi di un documento di riconoscimento*) _____
il quale mi ha altresì dichiarato che non può firmare a causa di un impedimento.

Solesino, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. _____
(*estremi di un documento di riconoscimento*) _____
il quale mi ha altresì dichiarato di essere (*grado di parentela*) _____
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Solesino, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE LOZZO ATESTINO

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge n. 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi dell'eventuale diniego:

Solesino, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO