

ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE "MARGARITONE"

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

I.S.I.S. "Margaritone" AREZZO

Il sottoscritt _____
nat_ il _____ a _____ (Prov. _____) residente
a _____ (Prov. _____) in Via _____ n° _____,
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

C H I E D E

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

D I C H I A R A

a. Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/_____,
ha riconosciuto la gravità dell'handicap (**ai sensi dell'art. 3 comma 3** della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

nat_ il _____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ n° _____ così come risulta da certificazione sanitaria

- allegata alla presente
- già depositata agli atti della scuola;

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata e, quindi non ci sono altre persone che utilizzano i permessi o che godono dei benefici di cui alla legge 104/92 per lo/a stesso/a disabile;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

- di convivere con la persona portatrice di handicap sopra indicata;
- di non convivere con la persona portatrice di handicap suindicata (la quale è residente in _____ Prov. di _____ in via _____) ma di svolgere con sistematicità ed adeguatezza l'assistenza alla stessa;
- che il familiare portatore di handicap ha scelto e conseguentemente accettato di essere assistito dallo/a scrivente;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, in particolare:
- l'eventuale ricovero a tempo pieno (h 24) in istituti di cura, case di riposo, ecc.;
 - la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari;
 - la revisione del giudizio di gravità delle condizioni di handicap grave, da parte degli organi competenti;

consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il/la Dichiarante _____

Data, _____

ALLEGATI

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (*in originale o copia autentica*)
- Documentazione che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei componenti il nucleo familiare (*Qualora nel nucleo familiare del portatore di handicap vi siano altri soggetti in grado di assistere l'handicappato, ma impossibilitati perché si trovano in una ipotesi di oggettiva impossibilità*)
- Autocertificazione di altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente ma che si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità a prestare assistenza.
- (*altro specificare*) _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****

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

- si autorizza
- non si autorizza

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

Motivi eventuale diniego: _____

Il Dirigente Scolastico
(Prof. Roberto Santi)

PERSONE TENUTE ALL'ASSISTENZA

Cognome e Nome _____

RELAZIONE DI PARENTELA (Parenti ed affini entro il 2°/3° grado)

Datore di lavoro: Ditta/Ente _____

Città _____ CAP _____ Via _____

TEL _____ E-mail _____

Cognome e Nome _____

RELAZIONE DI PARENTELA (Parenti ed affini entro il 2°/3° grado)

Datore di lavoro: Ditta/Ente _____

Città _____ CAP _____ Via _____

TEL _____ E-mail _____

Dichiarazione sostitutiva di notorietà

(art.46 D.P.R. n°445 del 28.12.2000)

__1__ sottoscritt _____ nat _____ (____)

Il _____ e residente in Comune di _____

In via _____ a seguito del riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, viste le disposizione di cui al DPR n.445/2000 sopra richiamato.

Dichiara

Che la persona scelta liberamente per prestare l'assistenza prevista dalla legge n.104/92, art.33 comma 3 è:

- COGNOME E NOME _____
- Relazione di parentela _____
- Residenza _____ CAP _____ Città _____

A tal fine si allega copia del proprio documento di identità.

_____ , _____

__1__ dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art

13D.Lgs.196/2003) I dati sopra indicati 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 m.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. Il titolare del trattamento dei dati è il Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, ne saranno oggetto di diffusione. L'interessato a diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.