

DOMANDA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO AD USUFRUIRE DI PERMESSI
PREVISTI DALL'ART. 33 DELLA LEGGE 104/92 - ANNO SCOLASTICO _____
(LEGGE 104/1992 ART. 33 come modificata dal D.Lvo 151/2001, dalla Legge 183/2010
integrata dal D.Lvo 119/2011 e dalla Legge 114/2014)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO - SEDE

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Il sottoscritto

(COGNOME) (NOME) (LUOGO E DATA DI NASCITA)

(Prov. _____)
(COMUNE DI RESIDENZA) (VIA / N. CIVICO.)

- Docente
 A Tempo Determinato (T.D.)
 A Tempo Indeterminato (T.I.)
 Part-Time orizzontale _____
 Part-Time verticale _____

- Ata
 A Tempo Determinato (T.D.)
 A tempo Indeterminato (T.I.)
 Part-Time orizzontale _____
 Part-Time Verticale _____

Note:

CHIEDE CON LA PRESENTE ISTANZA

L'autorizzazione a poter fruire dei benefici previsti dalla Legge 104/92 (e relativi aggiornamenti) in qualità di:

- Lavoratore disabile in situazione di gravità (Art. 33, comma 6);
 Coniuge, parente e/o affine per familiare entro il 2° grado (Art. 33, comma 3);
 Parente e/o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado (Art. 33, c. 3);
 Genitore per assistere figli con età superiore a otto anni (Art.33, comma 3);
 Genitore per assistere figli fino a 3 anni di età disabili in situazione di gravità
 prolungamento del congedo parentale (articolo 33 decreto legislativo 151/2001)
 di usufruire di giorni di permesso mensile (art.33 comma 3 legge 104)
 Per assistere figli di età compresa tra i tre e gli otto anni di vita disabili in situazione di gravità
 prolungamento del congedo parentale (articolo 33 decreto legislativo 151/2001)
 di usufruire di giorni di permesso mensile (art.33 comma 3, legge 104)

per le necessità di assistenza di

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

(COGNOME) (NOME) (LUOGO E DATA DI NASCITA)

(COMUNE DI RESIDENZA) (VIA / N. CIVICO.)

(codice fiscale)

PORTATORE DI HANDICAP GRAVE ACCERTATO DALL'A.S.L. DI _____ IN DATA _____
RIVEDIBILE SI (data) _____ NO

GRADO DI PARENTELA CON IL DISABILE _____
(in caso di grado di parentela di terzo grado documentare l'esistenza delle situazioni eccezionali dell'assenza, dell'età anagrafica o delle gravi patologie, ai sensi di quanto previsto dal D.M. 278/2000)

Allega alla presente: Verbale della competente Commissione ASL attestante lo stato di disabilità grave (art. 3 comma 3 legge 104/92); Documentazione (eventuale) di cui al DM 278/2000; Allegato A (Dichiarazione sostitutiva); Allegato B (Dichiarazione di consapevolezza e responsabilità)

Data _____ Firma del dipendente _____

AII. A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Allegata all'istanza presentata il _____)

Il sottoscritto _____, nato a _____
(Prov. _____) il _____ residente a _____ Via/n° _____
in servizio presso _____ come Docente o personale ATA () (indicare)

A conoscenza e consapevole delle disposizioni legislative ivi riportate:

- Artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa") con particolare riferimento alle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del predetto D.P.R.: "*Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*";
- Norme di cui al D.Lgs. 165/01 art. 55 (quater e quinquies);
- Norme di cui alla Circolare della Funzione Pubblica (F.P.) n° 13/2010 "*Disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità*";

Consapevole altresì che l'amministrazione può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato chiedendone, se del caso, eventuale integrazione (Art. 8, Circ. F.P. 13/2010):

DICHIARA

- o Che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla mia situazione di disabilità (disabilità per se stesso);
- o Nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità per il quale sono chieste le relative agevolazioni (Referente Unico);
- o 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.
- o La persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno presso Istituti specializzati.

Dichiara altresì

- o l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici (da rinnovare annualmente);
- o che da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap (da rinnovare annualmente);
- o che il ^{figlia} _____ è stato ^{affidato} _____ in data _____ (data di ingresso del minore in famiglia) con atto competente _____ (come risulta dal provvedimento allegato) del _____;
- o che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM n° 278 del 21 Luglio 2000, coma da certificazione medica rilasciata in data _____ dal _____ allegata alla domanda.

Data _____

Firma del dichiarante

All. B

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA
(Allegata all'istanza presentata il _____)

(Circ. 13/2013 Dipartimento Funzione Pubblica)

Il sottoscritto

(COGNOME) (NOME) (LUOGO E DATA DI NASCITA)

(Prov. _____)

(COMUNE DI RESIDENZA) (VIA / N. CIVICO)

<input type="checkbox"/> Docente	<input type="checkbox"/> Ata
<input type="checkbox"/> A Tempo Determinato (T.D.)	<input type="checkbox"/> A Tempo Determinato (T.D.)
<input type="checkbox"/> A Tempo Indeterminato (T.I.)	<input type="checkbox"/> A tempo Indeterminato (T.I.)
<input type="checkbox"/> Part-Time orizzontale _____	<input type="checkbox"/> Part-Time orizzontale _____
<input type="checkbox"/> Part-Time verticale _____	<input type="checkbox"/> Part-Time Verticale _____

Note:

A corredo della domanda o a conferma della stessa per fruire dei permessi per l'assistenza a soggetti in condizione di handicap grave per l'anno scolastico _____ (l. 104/1992 art. 33), dichiara ai sensi di quanto previsto dalla Circolare della F.P. 13/2010, art. 7:

- Il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- Il dipendente è 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 effettivamente la propria opera di assistenza;
- Il dipendente 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 solo per l'effettiva tutela dei disabili;
- **A seguito dell'accoglimento della domanda da parte dell'amministrazione, il dipendente dovrà comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici e dovrà aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione;**
- *"L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso"* (Art. 76, comma 2, DPR 445/2000). In caso di giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa, è prevista la comminazione del licenziamento, e l'art. 55 quinquies, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede, per la stessa ipotesi, la reclusione e la multa, oltre all'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subito dall'amministrazione;
- Salvo **dimostrate** situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa;
- Il dipendente è a conoscenza che l'art. 33, comma 3bis della l. n. 104 del 1992 prevede che "Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito".
- L'utilizzo improprio dei permessi della legge n. 104/1992 o l'abuso di tali permessi (es. svolgimento di altre mansioni o altra fruizione/uso durante la giornata di fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92) costituisce illecito amministrativo (indebita percezione del trattamento economico ai danni dell'INPS) e penale per reato commesso ai danni dello Stato.

Data,

Firma del dipendente _____

Al Dirigente Scolastico
Dell' I. P. S. S. A.
"Dea Persefone" di
LOCRI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, Prov. (____),
il ____/____/____, Residente a _____ (____) Via _____ N. ____
In servizio a tempo pieno, presso questo Istituto con la qualifica di _____, con la presente

DICHIARA

di prestare assistenza continuativa e in via esclusiva al proprio (genitore / figlio / moglie / suocera)
_____, e che nessun altro fruisce dei permessi della legge 104/92.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, ai sensi dell'art.
76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Che per l'anno scolastico 20..../20.... permangono le condizioni relative, al beneficio legge 104/92;
- La stessa si impegna a comunicare tempestivamente, qualunque variazione intervenga nel corso dell'anno, relativa alla situazione dei benefici legge 104/92;
- Allega alla stessa il calendario.

avendo chiesto di beneficiare della Legge 104/92.

Comunico alla S. V. il calendario annuale dei permessi Legge 104/92, per l'anno scol. ____/____.

Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio
Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto

locri. _____

FIRMA

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DIVERSAMENTE ABILE

Il/La sottoscritt_____ nat__a
_____ prov. (_____) il _____
conviventi con il/la Sig. _____ (specificare la relazione
di parentela o affinità) _____ , familiare disabile, con il quale abitano nel
Comune di _____ (_____) via

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: _____ e
pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firma _____

Dichiarazione personale dei parenti che non sono in grado di assistere il disabile

Il/la sottoscritto/a figlio/a fratello/sorella/ di (eliminare le voci che non interessano).....disabile in situazione di gravità,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,

- **di non essere in grado** di effettuare l'assistenza al padre/alla madre/ al fratello/sorella disabile, in situazione di gravità(art. 3 co.3 della L. 104/92 e successive modifiche ed integrazioni), **per ragioni esclusivamente oggettive*** tali da non consentire l'effettiva assistenza, di seguito analiticamente indicate,

.....
.....
.....
.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92.

Data.....

Firma.....

*Si considerano **motivi/ragioni esclusivamente oggettive** il trovarsi nelle seguenti condizioni:

- Disabili gravi ai sensi dell'art.3 co.3 (da documentare con certificato ASL)
- Chi presta assistenza con carattere continuativo ad un altro soggetto disabile (situazione che va documentata con le medesime modalità previste dall'art.9 del CCNI e dall'art.4 dell'O.M. n.4 del 24/02/2015)
- Età superiore a 65 anni o deceduti (da documentare con dichiarazione personale)
- Invalidi al 100% (da documentare con certificato INPS)
- Oggettiva impossibilità continuativa all'assistenza (documentata con certificato ASL)
- Studenti fuori sede (situazione documentata con contratto di locazione registrato o con dichiarazione di residenza o di domicilio registrato al Comune)
- Fratelli minori (da documentare con dichiarazione personale)
- Detenuti e sottoposti a misure di restrizione della libertà personale (da documentare con dichiarazione personale)
- Religiosi di clausura (da documentare con dichiarazione personale)
- Tutore legale ma non amministratore di sostegno (da documentare con copia sentenza giudice)
- Risiedere stabilmente in una sede diversa da quella dove risiede il soggetto disabile. (da documentare con dichiarazione personale)
- Lavorare stabilmente in una sede diversa da quella dove risiede il soggetto disabile. (La prestazione di lavoro in altra sede va documentata con certificazione da parte del datore di lavoro)
- L'impossibilità dell'assistenza per i tutori si riferisce esclusivamente a chi, individuato dall'autorità giudiziaria competente, esercita legale tutela del disabile in situazione di gravità situazione che va documentata con le medesime modalità previste dall'art.9 del CCNI e dall'art.4 dell'O.M. n.4 del 24/02/2015.