

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92
(per: - dipendenti portatori di disabilità - genitori di figlio portatore di disabilità grave - coniuge -
parenti/affini entro il 2° grado di portatore di disabilità grave)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO ARTISTICO "G. ROMANO DI MANTOVA
con sede associata LICEO ARTISTICO "DAL PRATO" GUIDIZZOLO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in _____
domiciliato/a a _____ in _____
dipendente di questa Amministrazione in qualità di _____ con contratto a tempo:

☐ determinato ☐ indeterminato
dal _____ al _____
☐ part-time% ☐ full-time

in servizio presso _____ Tel _____

C H I E D E

☐ **A) parte valida per il dipendente portatore di disabilità:**

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 disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3.

☐ **B) parte valida per i parenti/affini entro il 2° grado di portatore di disabilità:**

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,

che provvederà all'assistenza del seguente portatore di **disabilità**, in situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92:

Cognome e nome _____ Rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____

- ☐ che è **convivente** con la persona disabile
- ☐ di essere l'unico soggetto a provvedere alla sua assistenza

-
- ☐ che pur essendo presenti nel nucleo familiare i seguenti parenti/affini entro il 2° grado non lavoratori in grado di assistere il disabile, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità:

Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di disabilità _____
Motivazione: _____

Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di disabilità _____
Motivazione: _____

Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di disabilità _____
Motivazione: _____

Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di disabilità _____
Motivazione: _____

☐ che **non è convivente** con la persona disabile

(se non convivente indicare l'indirizzo completo del portatore di disabilità)

☐ di essere l'unico soggetto a provvedere alla sua assistenza

☐ che pur essendo presenti nel nucleo familiare i seguenti parenti/affini entro il 2° grado non lavoratori in grado di assistere il disabile, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità:

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di disabilità _____

Motivazione: _____

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di disabilità _____

Motivazione: _____

☐ che se la distanza stradale tra l'abitazione del sottoscritto e quella del portatore di disabilità

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 il portatore di disabilità **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:

- interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
- ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
- ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di disabilità 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 inoltre _____



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

☐ che il/la Sig./ra _____
Cognome e nome _____
Residente in _____ Via _____ Provincia _____
Rapporto di parentela con il portatore di disabilità _____
Datore di lavoro: Denominazione _____
Indirizzo _____
concorre ad assistere il portatore di disabilità, **in alternanza con il richiedente**, per i seguenti motivi: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- ☐ di essere consapevole delle sanzioni civili e 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;
- ☐ si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di disabilità presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.)

Il/La sottoscritto/a è stato informato che:

- i dati forniti sono acquisiti dall'Istituzione Scolastica 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 Regolamento 2016/679/UE del Parlamento Europeo e dal Consiglio del 27 aprile 2016
 - 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 del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- ☐ Dichiarazione degli altri componenti del nucleo familiare
(da compilare qualora nel nucleo familiare del portatore di disabilità vi siano altri soggetti in grado di assistere il disabile, ma impossibilitati perché si trovano in una ipotesi di oggettiva impossibilità)
- ☐ Altro _____

luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Si allega documento di identità_____

