

Al dirigente scolastico
I.C. "Rita Levi Montalcini"
San Giorgio del Sannio (BN)

Richiesta per usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 della legge n. 104/1992

(come modificato dalla Legge n. 183/2010, dal D.Lgs. n. 119/2011 e dal D.Lgs. n. 105/2022)

l sottoscritt _____ nat. _il_ __ / __ / ____ a _____
 (Prov. ____) codice fiscale _____ , residente a _____
 (Prov. ____) in _____ n. ____ recapito telefonico _____
 email _____ , in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di:

- ☐ **docente** con contratto ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☐ **ATA** con contratto ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☐ part-time orizzontale ☐ part-time verticale per _____

in qualità di:

- ☐ lavoratore disabile in situazione di gravità (art. 33, comma 6)
- ☐ genitore per figlio di età inferiore a tre anni e fino a otto anni (art. 33, commi 1-2-3)
- ☐ genitore per figlio di età superiore a otto anni (art. 33, comma 3)
- ☐ coniuge, parente o affine per familiare entro il 2° grado (art. 33, comma 3)
- ☐ parente o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado (art. 33, comma 3)

chiede di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992 per poter assistere _____ nat_ il __ / __ / __ a _____
(Prov. __) codice fiscale _____, residente a _____
(Prov. __) in _____ n. __ con il quale è nella seguente relazione di parentela:

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara:

- ☐ di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere (con riserva di presentare, al rientro in servizio, la documentazione che attesti che _ l _ sottoscritt _ si è effettivamente recato presso la residenza del familiare da assistere)
- ☐ di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere
- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con disabilità
- ☐ che il seguente familiare _____ nat _ il _ / _ / _ a _____ (Prov. _) codice fiscale _____ , residente a _____ (Prov. _) in _____ n. _____
- ☐ non dipendente / ☐ dipendente presso _____ beneficia alternativamente al _ sottoscritt _ e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, con il quale è nella seguente relazione di parentela: _____

- ☐ che la persona con disabilità con cui sussiste un rapporto di parentela / affinità sino al 3° grado
- ☐ non è coniugato
 - ☐ è vedovo
 - ☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
 - ☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante
 - ☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto
 - ☐ è separato legalmente o divorziato
 - ☐ è coniugato ma in situazione di abbandono
 - ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti
 - ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
 - ☐ ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante
- ☐ che la persona con disabilità non è ricoverata a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare INPS n. 155 del 3 dicembre 2010
- ☐ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza alla persona con disabilità, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza
- ☐ di essere 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 sostengono per l'effettiva tutela delle persone con disabilità
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)
- ☐ di aver ricevuto l'informativa fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e degli artt. 13-14 del GDPR, e si impegna a comunicare per iscritto ogni eventuale correzione, integrazione e/o aggiornamento dei dati forniti
- ☐ di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa

Allega:

- ☐ copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1 della L. n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza
- ☐ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- ☐ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico
- ☐ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione

Luogo e data _____

(firma per esteso e leggibile)