

Oggetto: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992.

Il/La
sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il ___/___/___ residente in _____
a _____ in servizio presso codesto istituto nella scuola (indicare denominazione
plesso) _____ in
qualità di Docente ATA con contratto

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> Titolare |
| | <input type="checkbox"/> Assegnazione provvisoria/utilizzazione/L.100 |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato | <input type="checkbox"/> Annuale fino al 31/8 |
| | <input type="checkbox"/> Annuale fino al 30/6 |
| | <input type="checkbox"/> Su posto vacante fino avente diritto (nei limiti del contratto) |
| | <input type="checkbox"/> Per supplenza breve e saltuaria (nei limiti del contratto) |

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 (comma 6), della legge 104/1992 ai fini dell'assistenza del Sig./ra _____ nato/a _____ il ___/___/___, C.F. _____ residente a _____, in Via _____, n.____,

con cui è legata dal seguente vincolo di parentela:
_____.

Il/La sottoscritto/a ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.,

dichiara che

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore Sig./ra _____ C.F. _____
non dipendente/ dipendente presso _____, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, o rientra in una delle eccezioni collegate alle seguenti circostanza, risultante da idonea documentazione medica:

- interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite e/o terapie debitamente certificate;
- ricovero a tempo pieno del disabile in coma vigile, stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;
- ricovero a tempo pieno di un minore con disabilità grave, nei confronti del quale i sanitari della struttura che lo ospita certificano la necessità di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;
- con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2°grado;
- con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado (barrare la voce che interessa) e costui:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - 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;

è a conoscenza che

la richiesta dei permessi è finalizzata non a far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente ad esigenze di tipo 'sanitario' e pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;

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) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30gg;

che qualora risieda in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 km rispetto a quello di residenza della persona in situazione di disabilità grave provvederà ad attestare, con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito (D.Lgs. n. 119 del 18 luglio 2011);

la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili;

ai sensi dell'art.20, comma 3, della legge 102/2009, lo scrivente può, ove ne ravvisasse i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno delle condizioni di invalidità ed handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92;

qualora la Commissione medica, nelle ipotesi di cui ai punti 2) e 3) di seguito indicati, non dovesse riconoscere i benefici di cui all'oggetto, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. copia conforme del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 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 legge 104/1992.

In alternativa:

Nell'ipotesi di patologia oncologica ove, trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave non sia stato rilasciato dalla competente Commissione Medica ancora il verbale di cui al punto 1);

1.bis certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere.

2.dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;

3.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;

4.nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Dichiara, infine, di aver preso visione dell'informativa di Codesto Istituto, (pubblicata anche sul sito web dell'Istituto) ai sensi del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Ancona, _____

Firma del dipendente

Riservato all'Amministrazione

Vista l'istanza presentata e tutta la documentazione a corredo,

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

Ancona, _____

Il Dirigente Scolastico

Andrea Sallese