AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C." Valerio Flacco"
di Sezze Scalo (LT)

Oggetto: DOMANDA PER LA CONCESSIONE PERMESSI RETRIBUITI L. 104 per assistenza al familiare portatore di handicap. (Legge 104/1992 art.33 comma 3 – Art. 42 D.lgs 151/2001 e ss.mm.ii) - A.S. 2026/2027

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov.____) il ____/____ /_____, residente a _____ via _____ n._____ in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ DSGA ☐ A.A. ☐ A.T. ☐ C.S. ☐ DOCENTE

con contratto di lavoro a tempo: ☐ indeterminato ☐ determinato dal _____ al _____

C H I E D E

La concessione dei permessi mensili previsti dall'art. 33 comma 3 L. 104/92 e ss.mm.ii. da fruire nel corrente anno scolastico per **assistere il proprio familiare** portatore di **handicap grave. ***

DATI ASSISTITO:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____ Data di nascita ___/___/_____ Comune di nascita _____ Provincia _____ Comune di residenza_____ Provincia _____

A tal fine dichiara che il portatore di handicap:

☐ non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;

☐ è ricoverato a tempo pieno ma rientra in una delle seguenti eccezioni**:

☐ interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della 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 handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un famigliare*;

* **(A sostegno di tali eccezioni è necessario produrre idonea documentazione medica).**

Consapevole che i permessi richiesti possono essere frazionati tra più soggetti aventi diritto sempre nel massimo di 3 giornate mensili per lo stesso portatore di handicap, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000**;**

Consapevole delle sanzioni 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.

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 per l'effettiva tutela dei disabili**;**

Consapevole che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale

DICHIARA:

☐ che nel nucleo familiare **non ci sono** altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap e di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap;

☐ che nel nucleo familiare **ci sono** altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di Handicap*;*

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati sopraesposti; (ricovero a tempo pieno

del portatore di handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap, eventuale decesso del disabile in situazione di gravità, ecc.)
Si allegano:

- Fotocopia della carta d'identità personale.
- Verbale L.104/92 del soggetto assistito.
- Dichiarazione sostitutiva del familiare della persona con disabilità contenente la manifestazione di volontà di volersi far assistere dal richiedente.
- Documento di riconoscimento del soggetto assistito.

Altro eventualmente da specificare:_____

Sezze Scalo, Data_____ Firma del richiedente

_____

***** *Il lavoratore che usufruisce dei permessi 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.*

*** Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n. 13 del 6 dicembre 2010*

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

PERDITA EVENTUALE DEL BENEFICIO DELLA LEGGE 104/92

Ogni dipendente deve comunicare con tempestività alla dirigenza scolastica (per il nostro istituto: LTIC80200C@istruzione.it; Oggetto: Cognome Nome - Perdita beneficio Legge 104/92) ogni eventuale variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.