

DOMANDA PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/92

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____ data nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____ Tel. _____

QUALIFICA _____ Sede di servizio _____ Tel. _____

Tempo pieno

part-time _____%

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME _____ NOME _____ data nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____

Portatore di handicap grave accertato dall'ALS di _____ in data _____

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati SI NO
(per i figli inferiori anni 3)

CONVIVENTE SI NO

IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA:

cognome e nome	data e luogo di nascita	attività
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Avvertenza:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap quest'ultimo, ovvero il suo amministratore di sostegno ovvero il suo tutore legale deve effettuare la scelta su chi all'interno della famiglia, debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge. (Allegato "A").

di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE

Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km. _____ *

Tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore _____
precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

*** Se la distanza è maggiore di 60 Km è necessario produrre un "Programma di assistenza" a firma congiunta del lavoratore richiedente e della persona con disabilità**

cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dichiaro, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta.

Data _____ Firma _____

Si conferma che il Sig./Sig.a _____ ha sottoscritto l'istanza in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ALLEGATI

- Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- Altra documentazione _____

VISTO

Si autorizza la concessione dei benefici richiesti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa ILARIA SANTICCHIA)

ALL. 1

**ALLA DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN
CONDIZIONI DI HANDICAP GRAVE - RICHIESTA BENEFICI**

(Da far compilare all'assistito o dal suo tutore o amministratore di sostegno)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 2 della legge 4 gennaio 1988, n. 15, art. 8, comma 10 L. 15 marzo n. 127, art. 1 DPR 20 ottobre 1998 n. 403) (Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il /La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° _____

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

trovandosi nella situazione di cui ai sensi dell'art. 3 c. 3 L. 104/92, pur avendo altri parenti entro il 3° grado conviventi nel proprio nucleo familiare e/o altri figli non conviventi:

DI VOLER ESSERE ASSISTITO IN VIA ESCLUSIVA DA:

(Cognome e nome e grado di parentela)

per i seguenti motivi _____

Data _____

Firma del Dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

I _____ sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ residente a _____ n° _____
in servizio presso codesto Istituto con qualifica di _____

CHIEDE

la fruizione dei permessi ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 modificato dagli artt. 19 e 20 della legge 53/2000, per poter assistere il familiare (_____)

Sig. _____
nat _____ a _____ il _____ e residente a _____
Via _____ n° _____

già riconosciuto portatore di handicap grave, come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap dell'Azienda Sanitaria _____ -

Ai sensi e per effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE

- 1) sia il sottoscritto che il disabile grave sono in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti ai sensi della legge 104/92 e, s.m.i.;
- 2) il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso Istituti specializzati di cura ed assistenza;
- 3) non vi sono altri familiari maggiorenni, parenti ed affini sino al terzo grado di parentela che hanno chiesto di fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 per assistere il predetto familiare portatore di handicap grave;
- 4) il tempo di percorrenza della distanza fra la propria residenza e quella del disabile da assistere non supera l'ora;
- 5) che il/la coniuge _____ non può assistere perché e affetto/a da patologia invalidante.

Data _____

Firma del Dichiarante

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
Il _____ Codice Fiscale _____ residente
a _____
dichiara di essere nella seguente relazione di parentela con il/la Signor/a

_____ nato/a a _____ il _____

- padre;
- madre;
- fratello;
- sorella;
- figlio;
- coniuge;
- parente entro il secondo grado; o affine entro il secondo grado;
- parente entro il terzo grado;
- affine entro il terzo grado.

In caso di grado di parentela/affinità di terzo grado, dichiaro che il/la Signor/a _____

- 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 patologia invalidante: n 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 i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega:

1) copia del documento di riconoscimento dell'assistito
n° _____ rilasciato
da _____ il _____

2) documentazione sanitaria comprovante la patologia invalidante (nei casi previsti)

Data _____

FIRMA

Scheda Rilevazione legge 104 - Anno _____

Amministrazione: _____

PARTE PRIMA: Dati anagrafici

1. Cognome: _____ Nome: _____

2.
Sesso: Maschio Femmina

1) Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

2) Luogo di nascita:

Nazione: _____

Provincia: _____

Comune: _____

3) Residenza: Provincia: _____ Comune: _____

PARTE SECONDA: Dati contrattuali

1. Livello di inquadramento:

Dirigente Prima Fascia

Dirigente Seconda Fascia

Qualifica Unica Dirigente

Non Dirigenziale

2. Data presa in servizio: _____

3. Durata:

A tempo indeterminato

A tempo determinato

4. Tipologia di contratto:

A tempo pieno Part-time

4.1 Se Part-time indicare

Tipo: Orizzontale

Verticale

Misto

Percentuale: _____%

PARTE TERZA: Dati sulla Legge 104/92

1. Permessi usufruiti per:

Lavoratore disabile che fruisce permessi per se stesso

Tipo di disabilità: Non Rivedibile

Rivedibile Anno Revisione _____

Lavoratore che fruisce permessi per assistere persona disabile

(compilare per ciascuna persona disabile per cui si usufruisce delle agevolazioni previste dalla legge 104/92 e s.m.i. la scheda informativa persona assistita allegata di seguito)

PARTE QUINTA: Agevolazioni ottenute

1. Se lavoratore disabile che fruisce permessi per se stesso, ha usufruito dell'avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al proprio domicilio ?

No

Si, in quale anno: _____

2. Se lavoratore disabile che fruisce permessi per assistere persona/e disabile ha usufruito dell'avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita?

No

Si, in quale anno: _____

3. Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime part-time nel corso del 2010 ?

No

Si

se si indicare la durata del part-time:

dal _____ al _____ In corso

tipo: Orizzontale Verticale Misto

percentuale: _____

4. Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno nel corso del 2010 ?

No

Si

se si indicare la durata del part-time:

dal _____ al _____

tipo: Orizzontale Verticale Misto

percentuale: _____

Scheda informativa persona assistita

- Cognome: _____ Nome: _____

- Sesso: Maschio Femmina

- Luogo di nascita:

- Nazione: _____

- Provincia: _____ Comune: _____

- Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

- Residenza: Provincia: _____ Comune: _____

- Tipo disabilità: Non Rivedibile Rivedibile Anno Revisione _____

- Parentela:

Genitore Coniuge Figlio Parente o affine fino al II Grado

Parente o affine del III grado

motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.

Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni

Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni

Coniuge affetto da patologia invalidante

Genitori affetti da patologia invalidante

Coniuge deceduto o mancante

Genitori deceduti o mancanti

- se l'assistito è un figlio indicare se:

- è minore di tre anni: SI NO

- la fruizione è alternativa con:

Genitore Coniuge Parente o affine fino al II Grado

Parente o affine fino al III Grado

- motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.

Coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni

Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni

Coniuge affetto da patologia invalidante

Genitori affetti da patologia invalidante

Coniuge deceduto o mancante

Genitori deceduti o mancanti

- l'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico SI NO

se si quale amministrazione: _____

- L'assistito è dipendente pubblico: SI NO

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto: Tempo indeterminato Tempo determinato

Amministrazione: _____