DOMANDA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO AD USUFRUIRE DI PERMESSI PREVISTI DALL'ART. 33 DELLA LEGGE 104/92 - ANNO SCOLASTICO _____

(LEGGE 104/1992 ART. 33 come modificata dal D.Lvo 151/2001, dalla Legge 183/2010 integrata dal D.Lvo 119/2011 e dal D.Lvo 105/2022)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO - SEDE

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a

_____ _____ _____

(COGNOME) (NOME) (LUOGO E DATA DI NASCITA)

_____ (Prov._____) _____

(COMUNE DI RESIDENZA) (VIA / N. CIVICO .)

- o Dirigente, DSGA
- o Docente
- o A Tempo Determinato (T.D.)
- o A Tempo Indeterminato (T.I.)
- o Part-Time orizzontale _____
- o Part-Time verticale _____

- o A.T.A.
- o A Tempo Determinato (T.D.)
- o A tempo Indeterminato (T.I.)
- o Part-Time orizzontale _____
- o Part-Time Verticale _____

Note:

CHIEDE CON LA PRESENTE ISTANZA

L'autorizzazione a poter fruire dei benefici previsti dalla Legge 104/92 (e relativi aggiornamenti) in qualità di:

☐ Lavoratore disabile in situazione di gravità (Art. 33, comma 6);

☐ Coniuge, parente e/o affine per familiare entro il 2^ grado (Art. 33, comma 3);

☐ Parente e/o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3^ grado (Art. 33, c. 3);

☐ Genitore per assistere figli con età superiore a otto anni (Art.33, comma 3);

☐ Genitore per assistere figli fino a 3 anni di età disabili in situazione di gravità

- ○ prolungamento del congedo parentale (articolo 33 decreto legislativo 151/2001)
- ○ di usufruire di giorni di permesso mensile (art.33 comma 3 legge 104)

☐ Per assistere figli di età compresa tra i tre e gli otto anni di vita disabili in situazione di gravità

- ○ prolungamento del congedo parentale (articolo 33 decreto legislativo 151/2001)
- ○ di usufruire di giorni di permesso mensile (art.33 comma 3 legge 104)

per le necessità di assistenza di

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

_____ _____ _____

(COGNOME) (NOME) (LUOGO E DATA DI NASCITA)

_____ _____

(COMUNE DI RESIDENZA) (VIA / N. CIVICO .)

_____

(codice fiscale)

PORTATORE DI HANDICAP GRAVE ACCERTATO DALL'A.S.L. DI _____ IN DATA _____
RIVEDIBILE ☐ SI (data) _____ ☐ NO

GRADO DI PARENTELA CON IL DISABILE _____
(in caso di grado di parentela di terzo grado documentare l'esistenza delle situazioni eccezionali dell'assenza, dell'età anagrafica o delle gravi patologie, ai sensi di quanto previsto dal D.M. 278/2000)

Allega alla presente: Verbale della competente Commissione ASL attestante lo stato di disabilità grave (art. 3 comma 3 legge 104/92); Documentazione (eventuale) di cui al DM 278/2000; Allegato A (Dichiarazione sostitutiva); Allegato B (Dichiarazione di consapevolezza e responsabilità)

Data_____ **Firma del dipendente** _____

Informativa

(art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 con gli aggiornamenti di cui al Reg. UE 2016/679 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l'espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente da personale dell'Istituzione Scolastica appositamente incaricato e non saranno comunicati a terzi, se non per l'espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumenti informatici e con modalità strettamente funzionali alle finalità indicate. Nei confronti di tali dati l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (compreso l'accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l'integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco). Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico).

RICEVUTA

Il/La signor/a _____ha presentato in data odierna la presente domanda

TIMBRO DELLA SCUOLA E FIRMA DELL'ADDETTO_____

Data e numero di protocollo

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA e verificata la legittimità dell'istanza in oggetto e la documentazione allegata, informa la S.V. che ha diritto / non ha diritto* (indicare le motivazioni) a fruire dei benefici richiesti.

Si aggiunge, che la S.V. (Circ. Funzione Pubblica n° 13/2010), **salvo dimostrate situazioni di urgenza** per la fruizione dei permessi dovrà comunicare al Dirigente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese (un mese per l'altro), al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività didattica e amministrativa.

*Motivi per eventuale richiesta di documentazione e/o diniego:

_____

_____

_____

_____

Rimini, _____

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Marco Bugli)

_____

All.A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Allegata all'istanza presentata il _____)

Il/la sottoscritto/a _____**,nato/a a** _____

(Prov.____) il_____ **residente a** _____**Via/n°**

in servizio presso_____**come Docente ( ) ATA ( ) DS, DSGA ( ) (indicare)**

A conoscenza e consapevole delle disposizioni legislative ivi riportate:

- ☐ Artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa") con particolare riferimento alle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del predetto D.P.R.: "*Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (…) nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*";
- ☐ Norme di cui al D.Lgs. 165/01 art. 55 (quater e quinques);
- ☐ Norme di cui alla Circolare della Funzione Pubblica (F.P.) n° 13/2010 "*Disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità;*

Consapevole altresì che l'amministrazione può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato chiedendone, se del caso, eventuale integrazione (Art. 8, Circ. F.P. 13/2010):

DICHIARA

- o Che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla personale situazione di disabilità (disabilità per se stesso);
- o Che la fruizione dei tre giorni di permesso previsti dalla legge 104/92 potranno essere fruiti alternativamente tra più soggetti in giorni diversi per l'assistenza allo stesso disabile, sempre nel limite complessivo dei tre giorni di permesso al mese (D.Lgs. 105/2022);
- o L'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- o La persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno presso strutture ospedaliere o Istituti specializzati (pubblici o privati) che assicurano assistenza sanitaria non di base di tipo continuativo;

Dichiara altresì

- o l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici (da rinnovare annualmente);
- o che da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap (da rinnovare annualmente);
- o che il figlio/a _____è stato adottato/affidato in data (data di ingresso del minore in famiglia) con atto competente _____(come risulta dal provvedimento allegato) del _____;
- o che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM n° 278 del 21 Luglio 2000, coma da certificazione medica rilasciata in data _____dal _____allegata alla domanda;
- o nel caso di fruizione dei permessi in modo alternativo tra più soggetti per la stessa persona in situazione di disabilità grave, tale diritto – nel limite complessivo dei tre giorni al mese – è riferito a (indicare i nominativi): _____

((*) Per ricovero a tempo pieno si intende, ai sensi della Circolare della F.P. n° 13/2010 al punto 5 il ricovero per le intere 24 ore presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria continuativa. Si precisa che le CRA (Case Residenza Anziani), ancorchè in esse si svolgano attività sanitarie ed infermieristiche, non rientrano negli Enti Ospedalieri)

Firma del dichiarante

_____

All. B

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA

(Allegata all'istanza presentata il _____)

(Circ. 13/2010 Dipartimento Funzione Pubblica)

Il/La sottoscritto/a

_____ _____ _____

(COGNOME) (NOME) (LUOGO E DATA DI NASCITA)

_____(Prov._____) _____

(COMUNE DI RESIDENZA) (VIA / N. CIVICO .)

- o Docente
- o A Tempo Determinato (T.D.)
- o A Tempo Indeterminato (T.I.)
- o Part-Time orizzontale _____
- o Part-Time verticale _____
- o DS, DSGA

- o A.T.A.
- o A Tempo Determinato (T.D.)
- o A tempo Indeterminato (T.I.)
- o Part-Time orizzontale _____
- o Part-Time Verticale _____

Note:

A corredo della domanda o a conferma della stessa per fruire dei permessi per l'assistenza a soggetti in condizione di handicap grave per l'anno scolastico _____(l. 104/1992 art. 33), dichiara ai sensi di quanto previsto dalla Circolare della F.P. 13/2010, art. 7:

- ☐ Il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- ☐ Il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ Il dipendente è 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 solo per l'effettiva tutela dei disabile;
- ☐ **A seguito dell'accoglimento della domanda da parte dell'amministrazione, il dipendente dovrà comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici e dovrà aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione;**
- ☐ *"L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso"* (Art. 76, comma 2, DPR 445/2000). In caso di giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa, è prevista la comminazione del licenziamento, e l'art. 55 quinquies, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede, per la stessa ipotesi, la reclusione e la multa, oltre all'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subiti dall'amministrazione;
- ☐ Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, **l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa;**
- ☐ Il dipendente è a conoscenza che l'art. 33, comma 3bis della l. n. 104 del 1992 prevede che "Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 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".
- ☐ L'utilizzo improprio dei permessi della legge n. 104/1992 o l'abuso di tali permessi (es. svolgimento di altre mansioni o altra fruizione/uso durante la giornata di fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92) costituisce illecito amministrativo (indebita percezione del trattamento economico ai danni dell'INPS) e penale per reato commesso ai danni dello Stato.

Data, ... Firma del dipendente ----------