



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO DI BASSANO ROMANO
Via San Gratiliano, 2 – 01030 Bassano Romano (VT) Tel 0761/634034 - C.F. 80019410564
e-mail : vtic82400e@istruzione.it; posta certificata : vtic82400e@pec.istruzione.it
sito web:www.icbassanoromano.edu.it

Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo Bassano Romano

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92
(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Il/la sottoscritt _____ nat_ il _____

a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità:

- Docente a tempo indeterminato a tempo determinato
- Collaboratore scolastico a tempo indeterminato a tempo determinato
- Assistente Amministrativo a tempo indeterminato a tempo determinato

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

C.F. _____ Residente a _____

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km _____ (se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titoli di viaggio o simili).

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 che:

- Il disabile è in vita
- L'accertamento dell'handicap è **IRRIVEDIBILE** _____ **RIVEDIBILE** _____
- Il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezione indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
- Di essere **il referente unico** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
- Di **non essere il referente unico** pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

NOME _____ COGNOME _____ DATA _____ LUOGO DI
NASCITA _____ **In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)**

_____ tel/ _____
mail _____

Solo per dare assistenza a familiari di 3°:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- è coniugato/a 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:

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- copia documento di riconoscimento del familiare disabile;

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

**Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Roberta Aniello**