Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "SPERANZA-LETTIERI"
CENTOLA

OGGETTO: Domanda di permesso straordinario retribuito per assistenza a persona in situazione di disabilità e necessità di sostegno intensivo, di durata biennale

Il/la sottoscritto _____

nat__il_____a_____(____) Codice Fiscale _____

residente a _____ _____ _____

comune provincia CAP

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____con contratto:

a tempo ❒ INDETERMINATO ❒ DETERMINATO

C H I E D E

di assentarsi per:

usufruire del **congedo biennale** retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009, in quanto:

❒ genitore della persona con disabilità di età inferiore a tre anni; 1]

❒ genitore della persona con disabilità di età superiore a tre anni; 1]

❒ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio); 1]

❒ intero,……dal _____ al _____per mesi:_____gg. :_____

❒ frazionato, ... dal _____ al _____per mesi:_____gg. :_____

dal _____ al _____ per mesi:_____gg. :_____

dal _____ al _____ per mesi:_____gg. :_____

dal _____ al _____ per mesi:_____gg. :_____

dal _____ al _____ per mesi:_____gg. :_____

A tal fine

DICHIARA

❒ di aver già fruito dello stesso congedo nel seguente periodo:

dal _____ al _____ per mesi:_____gg. :_____

dal _____ al _____ per mesi:_____gg. :_____

dal _____ al _____ per mesi:_____gg. :_____

❒ di non aver mai fruito dello stesso congedo.

Si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle

disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Si impegna a non prestare altra attività lavorativa nel periodo di congedo richiesto.

Avvertenza: *il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

DICHIARA INOLTRE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ 1]

- ai sensi della legge n. 15/1968 e del DPR 445/2000 di **essere effettivamente convivente** con il/la sig./sig.ra_____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____ unitamente al quale abita nel Comune di _____ (_____) via _____ e che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt___ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89.
- consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni di essere l'unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per l'assistenza del/della sig./sig.ra _____

DATI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ		
COGNOME E NOME	**PARENTELA**	**LUOGO E DATA DI NASCITA**
CODICE FISCALE	**RESIDENZA**	**VIA/PIAZZA/VIALE**
RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DICHIARANTE	❒ Sé stesso ❒genitore ❒ coniuge ❒ figlio ❒ parente entro 3°grado	
PERSONA CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ACCERTATO DALLA ATS/ASL DI	**COMPETENZA TERRITORIALE**	**DATA**
DISABILITÀ RIVEDIBILE	❒ si ❒ no	

STATO DI FAMIGLIA DELLA PERSONA CON DISABILITÀ		
COGNOME E NOME E RAPPORTO DI PARENTELA	**Data / Luogo nascita**	**Professione (*)**

Avvertenza

- Se altri familiari non lavoratori convivono con la persona con disabilità, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato da certificazione
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione.

(*) Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3 (in questi ultimi casi vanno allegate le relative certificazioni).

IN CASO DI NON CONVIVENZA CON LA PERSONA CON DISABILITÀ

Il richiedente

❒ **dichiara** di non essere convivente con la persona in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo, ma di svolgere con continuità assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.

❒ **indica**

□ la distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente e la persona con disabilità: Km _____

□ il tempo necessario per raggiungere l'abitazione della persona con disabilità ore _____

SIA IN CASO DI CONVIVENZA CHE NON CONVIVENZA CON LA PERSONA CON DISABILITÀ

Il richiedente

□ **dichiara**, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per la stessa persona con disabilità.

DATA, _____

Firma _____

DICHIARAZIONE ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Il/La sottoscritt_____nat__a

_____prov. (_____) il _____

convivente con il/la Sig._____(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, familiare con disabilità, con il quale abita nel Comune di

_____(___) via _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare con disabilità per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____li,_____ Firma _____

Il/La sottoscritt_____nat__a

_____prov. (_____) il _____

convivente con il/la Sig._____(specificare la relazione di parentela o affinità) _____ , familiare con disabilità, con il quale abita nel Comune di _____(___) via

_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare con disabilità, per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____li,_____ Firma _____

Il/La sottoscritt_____nat__a

_____prov. (_____) il _____

convivente con il/la Sig._____(specificare la relazione di parentela o affinità) _____ , familiare con disabilità, con il quale abita nel Comune di _____(___) via

_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare con disabilità, per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____li,_____ Firma _____

DICHIARAZIONE ALTRI FAMILIARI/PARENTI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ NON CONVIVENTI AVENTI DIRITTO

Il/La sottoscritt_____nat__a

_____prov. (_____) il _____

Residente a _____prov. (_____) in

via_____

(specificare la relazione di parentela o affinità)

_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare con disabilità per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____li,_____ Firma _____

Il/La sottoscritt_____nat__a

_____prov. (_____) il _____

Residente a _____prov. (_____)

in

via_____

_____

(specificare la relazione di parentela o affinità)

_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare con disabilità per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____li,_____ Firma _____

Il/La sottoscritt_____nat__a

_____prov. (_____) il _____

Residente a _____prov. (_____)

in via_____

(specificare la relazione di parentela o affinità)

_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare con disabilità per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____li,_____ Firma _____

Il/La sottoscritt_____nat__a

_____prov. (_____) il _____

Residente a _____prov. (_____)

in via_____

(specificare la relazione di parentela o affinità)

_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare con disabilità per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____li,_____ Firma _____

Il/La sottoscritt_____nat__a

_____prov. (_____) il _____

Residente a _____prov. (_____)

in

via_____

_____

(specificare la relazione di parentela o affinità)

_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 **di non essere nelle condizioni** di prestare assistenza continuativa al familiare con disabilità per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____li,_____ Firma _____

DICHIARAZIONE DELL'ASSISTITO

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a a_____

il _____ residente a _____

prov. _____ via_____

n. _____C.F. _____

ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. e relative sanzioni per dichiarazioni false e mendaci,

DICHIARA

(barrare le voci che interessano)

- □ di essere in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo accertata con verbale della Commissione ASL/AST/ATS di _____
- □ di essere in condizione di disabilità la cui necessità di sostegno elevato o molto elevato o intensivo è in corso di accertamento;
- □ di non essere ricoverato a tempo pieno;
- □ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- □ di non prestare attività lavorativa;
- □ di essere parente di_____grado del richiedente in qualità di_____;
- □ di voler essere assistito/a dal/dalla Sig./ra _____nato/a____ _____ il_____ CF _____e residente a _____ in Via_____

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento n._ _____

rilasciato da_____

Dichiara, infine, di aver preso visione dell'informativa di codesto Istituto, (pubblicata anche sul sito web dell'Istituto) ai sensi del Regolamento UE 2016/679 – Regolamento generale per la protezione dei dati (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari...»

Luogo e data:_____, _____

Firma

_____

DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE

SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE *(art. 46 DPR 445/2000)*

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a a_____

il _____ residente a _____

prov. _____ via_____

n. _____C.F. _____

ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. e relative sanzioni per dichiarazioni false e mendaci,

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

1. che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
2. 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 perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
3. di prestare assistenza nei confronti della persona con disabilità per il quale sono chieste le agevolazioni;
4. di necessitare delle agevolazioni per esigenze legate alla condizione di disabilità;
5. di essere consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza alla persona con disabilità e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
6. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela della persona con disabilità;
7. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegua la perdita delle agevolazioni.

ALLEGATI *(barrare le voci che interessano)*

□ Certificato rilasciato dall'ASL attestante la condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo
□ Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'ASL)
□ Altra documentazione:

_____

_____

DATA, _____ Firma _____

VISTI *l'istanza dell'interessato , gli atti d'Ufficio e le esigenze di servizio:*

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

□ *si concede*

□ *non si concede*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dr. Luca Mattiocco

_____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

GIORNI SPETTANTI MESE _____ a.s. 20___/20___

Spettanti gg. _____

Fruiti con corrente richiesta gg. _____ Resdidui gg. _____