

OGGETTO: Domanda di permesso/congedo per assistenza a familiare o figli con necessità di sostegno intensivo (LEGGE 104/92, art. 3 co. 3).

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/____, a _____, prov. _____
e residente in via _____, comune di _____, cap. _____ prov. _____,
codice fiscale _____, documento n. _____ rilasciato
da _____ il ____/____/____, recapito telefonico _____,
qualifica _____ in servizio presso _____;

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge 104/92, di fruire dei permessi di astensione dal lavoro per un massimo di 3 gg. al mese, per assistere il proprio familiare, parente o affine entro il terzo grado con necessità di sostegno intensivo come da documentazione allegata.

DATI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ CODICE FISCALE _____

(DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE)

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

☐ Figlio/a biologico/a

☐ Figlio/a adottat /affidat : data provvedimento di adozione/affidamento _____

☐ parente o affine entro il terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità es. nipote, coniuge ecc.) _____

☐ convivente con il/la richiedente

☐ non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato, con necessità di sostegno intensivo, accertata dall'ASL di _____ in data _____

☐ non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati

☐ impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92.

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni giornata di assenza al Dirigente scolastico.

DICHIARA

☐ di non essere convivente con la persona con necessità di sostegno intensivo (art. 3 co. 3), ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per la necessità quotidiane.

(Se altri familiari non lavoratori convivono con la persona con disabilità, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza).

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEME LA PERSONA CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE

ALLEGA

☐ Certificato rilasciato dalla competente Commissione INPS/ASL di _____ attestante la gravità della persona con disabilità, o, per le persone con sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato - art. 94 legge 289/02), o per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero.

☐ Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato certificato della Commissione INPS (da

presentare comunque non appena disponibile).

IN CASO DI ADOZIONE:

- ☐ Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'autorità competente
- ☐ Adozioni internazionali (Legge 476/98): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità.

Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero della persona con necessità di sostegno intensivo presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità della persona con disabilità da parte della Commissione ASL;
- la fruizione di permessi, per la stessa persona con necessità di sostegno intensivo, da parte di altri familiari.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti della persona con disabilità _____, dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona con necessità di sostegno intensivo e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Data ____/____/____

Firma _____

Si allegano fotocopie del documento di identità e del codice fiscale.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 e successive modifiche ed integrazioni per gli usi consentiti dalla legge.

Data, _____

Firma _____

Spazio riservato all'Ufficio di Segreteria:

☐ Presente pervenuta in data _____ al Prot. N. _____ firma operatore _____ *Ufficio del personale*

☐ Documentazione allegata _____

☐ Si concede

☐ Non si concede

II DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Daniela Antonia Panzera

Data, _____

Note:

A partire dal 13 agosto 2022, data di entrata in vigore del d.lgs n. 105/2022 non vi è più il «referente unico», più soggetti possono fruire dei tre giorni mensili di permesso per assistere la persona con necessità di sostegno intensivo, su richiesta e in alternanza tra loro, fermo restando il limite complessivo di tre giorni al mese. Sono stati inclusi i "conviventi di fatto" tra i soggetti prioritari per il congedo straordinario per l'assistenza alla persona con disabilità. L'ordine di priorità include ora coniugi, genitori, figli, fratelli, sorelle e parenti o affini entro il terzo grado convivente.