



MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITA' e della RICERCA

ISTITUTO COMPRENSIVO

"MELVIN JONES – ORAZIO COMES"

e-mail: BAIC874009@istruzione.it

[www.icjonescomes .it](http://www.icjonescomes.it)

via Melvin Jones, 11
70043 - Monopoli (Ba)

Tel. / fax 080/887 68 54
C.F. 93423560726

Prot. N.

Monopoli,

**DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI DISABILI IN
SITUAZIONE DI GRAVITA'**

(art.33, comma 3 legge n.104/1992)

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "M.Jones-O.Comes"
Monopoli (BA)

OGGETTO: Domanda di ammissione ai permessi ai sensi dell'art. 33 comma 3 L. 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____,
residente in _____ (____) Via _____, n. __, in servizio presso questo
Istituto in qualità di:

- Personale ATA (assistente amministrativo/collaboratore scolastico)
- Personale Docente (infanzia/primaria/sc.sec. 1° grado)

CHIEDE

Ai sensi dell'art.33 c. 3 della legge n.104/92,

- di usufruire dei giorni di permesso mensili (massimo tre) (articolo art. 33, comma 3 legge 104/92) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro

DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per lo stesso persona disabile in situazione di gravità
- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno
- che il sig. /la sig.ra _____ è in stato di handicap in situazione di gravità comma 3 art. 3 L. 104/92 così come accertato dalla Commissione Medica ASL per l'accertamento dell'handicap (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di _____ (____) in data _____

di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:

- coniuge
- figlio
- padre
- madre
- se stesso
- altro _____

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Copia del Verbale (provvisorio/definitivo) n. _____ del _____ rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap; in caso di verbale provvisorio ci si riserva di presentare copia del verbale definitivo non appena in possesso.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

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. 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 ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni, in particolare:

- L'eventuale ricovero a tempo pieno (24 ore) del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati;
- la revisione e revoca del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione
Asl competente;
- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari;
- la modifica ai periodi richiesti;
- l'eventuale decesso del disabile.

Infine, qualora necessario ai fini dell'istruzione, definizione e comunicazione della presente richiesta, nel rispetto delle disposizioni contenute nel DLgs 196/2003, acconsente:

- 1) al trattamento di eventuali dati sensibili;
- 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

FIRMA DEL
DICHIARANTE
