|  |  |
| --- | --- |
|  | Mod. Hand 2 |
|  | Al Dirigente ScolasticoIstituto Comprensivo Sassoferrato |
|  |
| Domanda annuale di permessi dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (max. 12 mesi)per l’assistenza a soggetti in condizione di handicap grave.(D.lgs 151/2000, art. 42; Legge 104/1992, art. 33 comma 3; Legge 53/2000, art. 19 e art, 20)GENITORI DI MAGGIORENNI**PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PERSONE MAGGIORI DI 3 ANNI****CONIUGI** |

|  |  |
| --- | --- |
| *QUADRO A*  | **RICHIEDENTE** |
|  | COGNOME |  | NOME |  | DATA DI NASCITA |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA |  | PROV, |  | CODICE FISCALE |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | INDIRIZZO (via, Piazza, Frazione, n. civico) |  | COMUNE DI RESIDENZA |  | PROV. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | CAP |  | NUMERO TELEFONO |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

**C H I E D E**

* **di fruire dei benefici di cui all’art. 33 della legge 104/1992**

|  |  |
| --- | --- |
| *QUADRO B*  | **DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP** |
|  | COGNOME |  | NOME |  | DATA DI NASCITA |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA |  | PROV, |  | CODICE FISCALE |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE** |
|  |
|  | INDIRIZZO (via, Piazza, Frazione, n. civico) |  | CAP |  | COMUNE DI RESIDENZA |  | PROV. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  | Figlio/a biologico/a |
|  |
|  |  | Figlio/a adottato/a o affidato/a: data provvedimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  |  | Parente o affine entro il 3° 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 specificato |
|  |
|  |  | In condizioni di **handicap grave**, accertata dalla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |  | No 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 |
|  |

Mod. Hand 2

**D I C H I A R A**

* di essere in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato
* che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave

*ovvero*

* che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare il rapporto di parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi (in tal caso l’altro beneficiario è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità)
* di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità l’assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun’altra persona è in grado di prestargli assistenza *(1)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(1) Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza.*

|  |  |
| --- | --- |
| *QUADRO C* | **COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDE LA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE** |
| Cognome e Nome | Data di nascita | Rapporto di parentela | Professione  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Mod. Hand 2

|  |
| --- |
| **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA** |
| * Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap, 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 – legge 27 dicembre 2002 , n. 289, art. 94) 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 ancora stato rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
* Altro (indicare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 31/12/1988 n. 476): certificato dell’Ente autorizzato, da cui risulti l’adozione o l’affidamento da parte del giudice straniero, l’avvio del procedimento di “convalida” presso il giudice italiano.
 |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI RESPONDABILITA’** |
| **Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste da 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 presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall’avvenuto cambiamEnto le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:**1. **l’eventuale ricovero del soggetto in condizioni di handicap grave presso istituti specializzati**
2. **la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL**
3. **la fruizione dei permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari**

**Preso atto dell’informativa fornitagli ai sensi dell’art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsente, qualora necessario all’istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente alla richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all’estero; 3) alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.****Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l’impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione, la presente richiesta non consente a quanto indicato ai punti: 1.🞏 2.🞏 3.🞏** **Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**del/della richiedente **Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**del/della secondo/a beneficiario/a (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. la firma del secondo beneficiario, che lo impegna a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo so lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con l’altro richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due beneficiari. In tal caso, indicare il datore di lavoro:

Denominazione Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo e Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI RESPONDABILITA’ DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE***(NON NECESSARIA PER I SOGGETTI CON SINDROME DI Down)***Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.****Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| (riservato alla segreteria) |
| Prot. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | data |  |  |  |  |
|  |
| VISTA | la domanda dell’interessato/a; |  |
|  |  | SI CONCEDE |  | NON SI CONCEDE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | LA DIRIGENTE SCOLASTICA |
|  | Prof.ssa Sara Miccione |
|  |  |