

## DOMANDA DI PERMESSI PER L'A.S.....

(D.Lgs. 151/2001, art. 42; Legge 104/1992, art.33 comma 3; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20; Circolare della Funzione Pubblica n° 8/2008, punto 3 – D.Lgs. 112/08 convertito in Legge 133/08 - Legge 4 novembre 2010, n. 183, art. 24)

### GENITORI DI PERSONE MAGGIORENNI DIVERSAMENTE ABILI PARENTI O AFFINI ENTRO IL 2° GRADO PERSONE DIVERSAMENTE ABILI MAGGIORI DI 3 ANNI CONIUGI DI PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

Il sottoscritto, dipendente MPI in servizio presso l'ICS "Anna Baldino" di Barano d'Ischia

NOME		CF:	
COGNOME			
INDIRIZZO			
CITTA'			
TELEFONO		Cellulare:	
NATO a:		in data:	
Tipologia personale:	Stato Giuridico:	Qualifica:	

**CHIEDE:**

1. Di poter fruire dei benefici previsti di cui alla L. 5/2/94 n. 104 e successive modificazioni per :

Se stesso essendo stato riconosciuto:

- soggetto avente diritto ai benefici dell'art. 3 comma 1 e 3 dell'art. 33 comma 3 come risulta dal verbale della commissione medica- invalidi civili - n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ della ASL n° \_\_\_\_\_ Distretto n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- grande invalido, come da certificazione rilasciata dall'INAIL sede di \_\_\_\_\_
- invalido di guerra o equiparato ai sensi dell'art. 14 del DPR 23/12/78 n°915, così come modificato ed integrato dal comma 5 dell'art. 39 della legge 448/98 (Finanziaria 99) e pertanto allega il certificato rilasciato dal competente Ministero del \_\_\_\_\_

di fruire dei permessi indicati al successivo quadro A, in base alla legge 104/92:

Tipologia benefici L. 104/92	<input type="checkbox"/> Assistenza parentale – Art. 33 comma 5 e 7
Persona assistita:	C.F.
NOME	
COGNOME	
NATO a:	in data:
INDIRIZZO (solo se diverso da quello del richiedente)	
CITTA' (solo se diversa da quello del richiedente)	

- Figlio/a
- Figlio/a adottat./affidat...: data provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_
- Parente o affine entro il 2° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc) :
- Convivente con il/la richiedente
- non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato
- portatore di handicap grave, accertato dalla 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

**Allegato A : RICHIESTA PERMESSI MENSILI LEGGE 104/92**

Per consentire " la programmazione delle presenze e delle assenze dal servizio, per la funzionalità dell'Amministrazione" ( Dlg. 122/08, convertito in legge 133/08 – punto 3) ed "il monitoraggio sui permessi l. 104/92" ( Dlg. 122/08, convertito in legge 133/08 – punto 4), il/la sottoscritto/a potrà indicare nella richiesta di permesso, da inoltrare al Dirigente Scolastico con almeno 5 giorni di anticipo, il/i seguente/i giorno/i

GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) PRESUMIBILMENTE NEI GIORNI/MESI DI SEGUITO RIPORTATI:

<input type="checkbox"/> SETTEMBRE	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> OTTOBRE	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NOVEMBRE	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> DICEMBRE	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> GENNAIO	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> FEBBRAIO	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARZO	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> APRILE	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> MAGGIO	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> GIUGNO	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> LUGLIO	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> AGOSTO	_____	_____	_____

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA :**

<input type="checkbox"/> verbale della commissione medica invalidi-civili- n° _____ del _____ dell'ASL _____ n° _____ distretto n° _____ di _____
<input type="checkbox"/> Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap o, per i portatori di <i>sindrome di Down</i> , 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-).
<input type="checkbox"/> Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile);
<input type="checkbox"/> Altro (indicare) _____
<b>In caso di adozione:</b>
<input type="checkbox"/> Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente
<input type="checkbox"/> Adozioni internazionali (Legge 31/12/1998 n. 476): 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 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.

Dichiara, inoltre, 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 **massima tempestività** ogni modifica della situazione di fatto e di diritto che determina la sospensione o la cessazione della titolarità dei benefici, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, 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 la 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;

3) 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 della presente richiesta :

non consente a quanto indicato ai punti 1)-2)-3)

Barano d'Ischia \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
DEL/ DELLA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO (1)

*(1) La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:*

*Denominazione Ditta* \_\_\_\_\_

*Indirizzo e Località* \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per i portatori di 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 dell'handicap del disabile per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Barano d'Ischia \_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_  
DEL/ DELLA RICHIEDENTE