

Permesso retribuito per assistenza portatore di handicap in situazione di gravità
Personale a tempo indeterminato/determinato

Riservato all'Ufficio Protocollo

Al Dirigente Scolastico
Liceo Statale "Regina Margherita"
Via Valperga Caluso, n. 12 – Torino
E-Mail: topm050003@istruzione.it

Oggetto: Richiesta retribuito per assistenza portatore di handicap in situazione di gravità
(Legge n 104/1992 art. 33, comma 3 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, prov. _____, il _____,
in servizio nel corrente anno scolastico presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:
 Personale Docente, di _____, classe di concorso _____
 Personale ATA, profilo di _____
con contratto di lavoro a tempo **indeterminato** / **determinato** dal _____ al _____,

CHIEDE

in applicazione dell'art. 33, c. 3, della Legge 5/2/1992, n. 104, come modificato dalla Legge n. 53/2000, dal D.lgs. n. 151/2001, dalla Legge n. 183/2010 (art. 24), dal D.lgs. n. 119/2011 di usufruire di **permesso retribuito per assistenza portatore di handicap in situazione di gravità**

In qualità di portatore di handicap art. 33 c. 3, Legge n. 104/1992 e ss.mm.ii.

Per assistere il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ via _____
portatore di handicap art. 33, c. 3, Legge n. 104/1992 e ss.mm.ii.
grado di parentela (specificare) _____
(coniuge e ai parenti ed affini entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado se i genitori o il coniuge della persona da assistere abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti.

con le seguenti modalità:

Personale docente (max. 3 gg. mensili), dal _____ al _____ per n. _____ giorni
 Personale ATA (max. 3 gg. mensili, su base oraria max. 18 ore mensili)
Dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____ Per n. ore _____ / _____

A tal fine, dichiara sotto la personale responsabilità:

- Che l'assistito non si trova in situazione di ricovero a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, **che assicurano assistenza sanitaria continuativa;**
- Che l'assistito, trovandosi in situazione di ricovero a tempo pieno, necessità di una interruzione del ricovero a tempo pieno per recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie appositamente certificate;
- Di aver già fruito nel corrente mese di n. _____ giorni/ore di assenza per permesso retribuito di cui all'art. 33, comma 3 Legge n. 104/1992 e ss.mm.ii.
- Che l'assistito ovvero il/la sottoscritto/a necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- Di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- Di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabili;
- Di comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.
- In caso di diniego a fruirne, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge n. 241/90, come integrata dalla Legge n. 15/2005.

Si allega:

- Certificazione ASL dalla quale risulti che il familiare assistito si trovi in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, 3° comma, della L. 104/92 (qualora non ancora presentata);
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti che il lavoratore sia l'unico componente della famiglia, che assiste il familiare disabile;
- Dichiarazione che sostituisce la certificazione (autocertificazione), da rinnovare annualmente, circa l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, da rinnovare annualmente, che da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap.
- Si impegna a produrre la necessaria documentazione attestante, il raggiungimento del luogo di
- residenza dell'assistito (titoli di viaggio o altra documentazione idonea) qualora risulti residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore;
- _____ (eventuale documentazione giustificativa della richiesta);
- Si impegna a produrre la necessaria documentazione al rientro in sede.

_____, _____

Firma _____

Riservato all'Ufficio	
Visto per il personale ATA Il Direttore S.G.A. Claudio Innamorato	Visto Il Collaboratore del Dirigente Scolastico _____
Vista la domanda <input type="checkbox"/> Si concede - <input type="checkbox"/> Non si concede per i seguenti motivi _____ IL DIRIGENTE SCOLASTICO Francesca Di Liberti	

- Il permesso retribuito è stato regolarmente registrato e comunicato in data _____, per l'eventuale sostituzione, a cura dell'assistente amministrativo _____.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritt _____,
nato/a a _____ prov. _____ il _____,
residente a _____, prov. _____,
in via _____, n. _____,
telefono n. _____ - cell. n. _____,
indirizzo E-Mail _____ - Pec _____,

in servizio nel corrente anno scolastico presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

- Personale Docente, di _____, classe di concorso _____
 Personale ATA, profilo di _____
con contratto di lavoro a **tempo** **indeterminato** / **determinato** dal _____ al _____,

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e che decadrà da ogni beneficio eventualmente conseguito da provvedimenti adottati sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;

Informato che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Liceo Statale "Regina Margherita" di Torino;

D I C H I A R A

Firma

N.B.: La presente dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità.