

Allegato n. 2
AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'Istituto Comprensivo "Giacinto Romano"
di Eboli (SA)

Oggetto: Istanza per essere ammessi a fruire dei permessi retribuiti per "assistere le persone in situazione di handicap grave" – L.104/92.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
(_____) il _____, residente a _____ (____) in _____,
C.F. _____, docente/ATA con contratto di lavoro a tempo _____
presso l'Istituto Comprensivo "Giacinto Romano" di Eboli (SA)

CHIEDE

Di beneficiare

☐ dei permessi previsti dall'art.33 comma 3

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

- **Che presta assistenza** nei confronti di _____ Nato/a a _____ prov. (____) il _____ Residente a _____ in Via _____ n. _____, in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato in originale o copia conforme e/o sentenza del Tribunale di _____ n. _____ del _____;
- Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a _____ nel Comune di _____ (____) via _____ e che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt__ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89;
- Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____ e che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza;
- Che nessuno dei seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro) _____ assiste il familiare in modo continuativo come da dichiarazioni allegate, o dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e allegata alla presente;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- che il soggetto in situazione di disabilità grave è coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare la propria opera di assistenza;
- che è 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste dal punto 3 della circolare INPS del 3 dicembre 2010 n.155;
- che la Commissione medica preposta non ha proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap.

Oppure

- che in merito alla sentenza n. _____ del _____ non è pervenuta alcuna convocazione per la revisione dell'handicap riconosciuto.

- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato informato che:

- i dati forniti sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate solo per tale scopo, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016;
- il conferimento dei dati è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto;

Alla presente si allega, qualora non presente agli atti o soggetta a revisione o prima istanza, la seguente documentazione:

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso o di sentenza;
- dichiarazione o autodichiarazione che gli altri familiari non fruiscono dei permessi;
- copia fronte retro del documento d'identità, in corso di validità, del richiedente e della persona in situazione di disabilità, certificata ai sensi della legge 104/92, art. 3, comma 3.

_____ lì _____

(firma del richiedente)