

Domanda annuale di Permessi giornalieri ex Legge 104/1992 per l'anno scolastico _____.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

RICHIEDENTE		
Cognome	Nome	Data di nascita
Comune di nascita	Provincia	Codice fiscale
Indirizzo (via, n. civico, frazione)	Comune di residenza	Provincia
Cap	Numero telefono	Numero cellulare

CHIEDE

di fruire per l'anno scolastico in corso dei permessi giornalieri previsti dalla Legge 104/92 per sé stesso e/o per l'assistenza al familiare portatore di handicap in condizione di gravità (art. 3 comma 3 della Legge 104/92).

DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE		
Cognome	Nome	Data di nascita
Comune di nascita	Provincia	Codice fiscale
DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE		
Indirizzo (via, n. civico, frazione)	Cap	Comune di Residenza e Prov.

- Figlio/a
 - Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela rispetto il richiedente) _____
 - Convivente con il richiedente
 - Non convivente con il richiedente
 - Portatore di handicap grave ex art. 3 comma 3 Legge 104/92 (allegare certificato medico ASL)
 - Non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati
 - Impegnato in attività lavorativa e beneficiario (se lavoratore) dei permessi ex Legge 104/92
- (NB: barrare le caselle di interesse)**



DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze di questo Educandato in qualità di Personale docente / Educativo / ATA con contratto a Tempo Indeterminato / Determinato in regime di Tempo Pieno / Part Time verticale/orizzontale/misto (per n. ore sett.li _____);
- di essere “Referente Unico” per l’assistenza del familiare portatore di handicap in condizione di gravità;
- di essere “Referente” per l’assistenza del familiare disabile in condizione di gravità e di svolgere l’attività di assistenza al medesimo alternativamente all’ulteriore “Referente” Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____ (_____), residente in Via/Piazza _____ al n. civico _____, con rapporto di parentela rispetto all’assistito _____ (specificare);
- di abitare nel Comune di _____ (cd. “domiciliazione” - indicare se diverso dal Comune di Residenza risultante da iscrizione anagrafica);
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap e di svolgere con continuità l’assistenza allo stesso per le necessità quotidiane;
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap e comunque di svolgere con continuità l’assistenza allo stesso per le necessità quotidiane;
- di non fruire in nessuno dei mesi solari in cui ricadono i permessi giornalieri ex art. 33 della Legge 104/92 di congedi straordinari previsti dall’art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 (cd. Congedo straordinario per l’assistenza a familiari in condizione di gravità).

(NB: barrare le caselle di interesse)

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEME LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE			
“Stato di Famiglia”			
Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela rispetto il portatore H	Professione

ALLEGA

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione Medica di Verifica dell’ASL di _____ (Prov. _____) in data _____ attestante lo stato di gravità dell’handicap ex art. 3 comma 3 della Legge 104/92;
- Certificato provvisorio rilasciato dal Medico specialista ASL di _____ (Prov. _____), se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque appena disponibile).

(NB: barrare la casella di interesse)



Dichiarazione di Responsabilità

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 consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda.

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:

- 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) 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.

Udine, _____

Firma

(allegare copia Documento di Identità)