



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE

"Vittoria Colonna"

Liceo delle scienze sociali - Liceo Socio Psico Pedagogico – Quinquennio Linguistico
Liceo delle Scienze Umane - Liceo delle Scienze Umane indirizzo Economico-Sociale - Liceo Linguistico

Via Porta Buja, 6 – 52100 Arezzo - Codice fiscale: 80002640516
Presidenza: 0575/ 23 99 6 – Segreteria: 0575/ 20 218 – Fax: 0575/ 23589

ARPM03000b@istruzione.it

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA AI FAMILIARI DISABILI IN SITUAZIONI DI GRAVITA' (coniuge, parenti e affini)

Informazioni

Requisiti del familiare da assistere:

- Il familiare da assistere deve trovarsi in stato di handicap in situazione di gravità previsto dall'art. 3, comma 3 Legge 104/1992. Tale situazione deve essere certificata da documentazione sanitaria rilasciata dalla ASL competente;
- Le persone da assistere non devono essere ricoverate a tempo pieno;

A chi spetta:

I permessi spettano ai genitori, anche adottivi o affidatari, al coniuge, ai parenti o agli affini entro il secondo grado. Possono essere usufruiti da parenti o affini di terzo grado soltanto quando uno dei genitori o il coniuge abbiano compiuto 65 anni, siano affetti da patologie invalidanti, siano deceduti o mancanti

Sono parenti di 1° grado i genitori e i figli;

Sono parenti di 2° grado i nonni, i fratelli, le sorelle, i nipoti in quanto figli dei figli;

Sono parenti di 3° grado gli zii, i nipoti acquisiti;

Sono affini di 1° grado i suoceri, la nuora, il genero;

Sono affini di 2° grado i cognati.

Cosa spetta:

I permessi possono essere usufruiti da un solo lavoratore per assistere la stessa persona (unica eccezione per i genitori che prestano assistenza al figlio)

Al coniuge, ai parenti e affini della persona disabile in situazione di gravità spettano 3 giorni di permesso mensile, anche frazionabile in ore. I giorni di permesso non usufruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.

Nel caso di part-time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.

Dati e informazioni da dichiarare - documentazione da presentare:

Dichiarazione sostitutiva di certificazione presentata ai sensi del DPR 445/2000 art. 46, 47 e sottoscritta ai sensi dell'art. 76 relativa a:

- Dati anagrafici del richiedente
- Rapporto di parentela o affinità con il disabile
- Dati anagrafici del disabile in situazione di gravità non ricovero a tempo pieno del disabile in situazione di gravità

Copia verbale rilasciato dalla competente Commissione ASL da cui sia evincibile la disabilità in situazione di gravità.

Decorrenza, Durata e Variazioni.

Il provvedimento di accoglimento non ha limiti temporali di validità ad eccezione del provvedimento emanato a seguito di presentazione da parte dell'interessato di verbale provvisorio della ASL o in caso che la certificazione presentata all'Amministrazione sia riferita ad un accertamento di disabilità grave rivedibile.

I permessi possono essere richiesti solo per i periodi successivi alla presentazione della domanda.

E' obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 gg) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate quali ad es.:

- il ricovero a tempo pieno della persona disabile in situazione di gravità;
- la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della ASL;
- utilizzo dei permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile in situazione di gravità.

**DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA AI FAMILIARI DISABILI
IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**

(art. 33 comma 3 L. 104/92 modificata dalla legge 53 del 8 marzo 2000 modifiche integrate nel D. L.vo 151/2001, dalla L. 183/2010 integrata dal D. Leg.vo 119/2011 e dal D.L. 90 del 24 giugno 2014 convertito nella Legge 114 del 11 agosto 2014).

Al Dirigente Scolastico
dell' IISS "Vittoria Colonna" di Arezzo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sottoscritta ai sensi dell'art. 76

Richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ Prov. _____ Indirizzo _____

Grado di Parentela con il disabile _____

Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDO

di poter usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) (art. 33 comma 3 legge 104/92) per assistere figli con età superiore a tre anni / coniuge / parenti / affini disabili in situazione di gravità

A tal fine DICHIARO

- ☐ di svolgere attività lavorativa a tempo pieno / part-time orizzontale / part-time verticale nei giorni lavorativi di _____;
- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- ☐ che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- ☐ che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
- ☐ che il Sig. _____ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla ASL di _____ con Verbale n. _____ del _____
- ☐ di trovarsi nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità: () padre - () madre - () fratello - () sorella - () figlio - () coniuge - () parente entro il secondo grado - () affine entro il secondo grado
- ☐ di essere parente/affino di 3° grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa: () non è coniugata - () è vedova - () è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età - () è coniugata ma il coniuge è affetto da patologia invalidante - () è separata legalmente o divorziata - () ha uno o entrambi i genitori deceduti - () ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età - () ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

- dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

* Cognome _____ Nome _____ nato il _____

A _____ Codice Fiscale _____

- dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità:

* Cognome _____ Nome _____ nato il _____

A _____ Codice Fiscale _____

* Cognome _____ Nome _____ nato il _____

A _____ Codice Fiscale _____

Dichiarazione della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ Prov. _____ Indirizzo _____

Dichiaro

- Di essere coniuge parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. figlio, cognato, ecc..) _____ del richiedente dal quale intende essere assistito;

- Di essere coniuge parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, zio.) _____ del richiedente dal quale intende essere assistito e di trovarmi nelle condizioni dichiarate precedentemente dal richiedente la prestazione;

- Di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla ASL _____ in data _____;

- Di non essere ricoverato a tempo pieno;

Data _____

Firma _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

Se la persona disabile in situazione di gravità è impossibilitato a firmare la dichiarazione di cui sopra, la stessa potrà essere sottoscritta da un tutore/curatore/amministratore di sostegno e dovrà essere consegnata, unitamente alla presente, copia del decreto di nomina del tutore/curatore/ amministratore di sostegno.

Il sottoscritto si impegna a comunicare all' IISS V. COLONNA di Arezzo qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Dichiaro di essere consapevole che l'Amministrazione ha facoltà di controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e di essere a conoscenza delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.

Data _____

Firma _____

VISTA l'Istanza di cui sopra e la documentazione allegata si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Leandro Pellegrini

Documentazione allegata:

- Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di handicap in situazione di gravità.

Informativa sul trattamento dei dati personali

Tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati con osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali anche con trattamento dei dati con l'ausilio di strumenti elettronici.

I suoi dati potranno essere comunicati, se strettamente necessario, ad altri Istituti pubblici tra cui il MIUR, il MEF, l'INPDAP o l'INPS.

A norma dell'art. 7 del Codice, è prevista la facoltà di diritto di accesso rivolgendosi direttamente al D.S. dell'ISS V. COLONNA.