

Oggetto: Domanda di ammissione al permesso retribuito per l'assistenza a soggetto portatore di handicap grave - L. 104/92 art 3, comma 3.

Il/La ____ sottoscritto/a _____
nat ____ a _____ (Prov. ____) il ____/____/____
residente a _____ (Prov. ____), Via _____ n. ____
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

- Docente
- ATA

con contratto di lavoro a: ☐ tempo indeterminato - ☐ tempo determinato presso:

- (ATA) il plesso di _____
- (Docenti) Ordine di scuola _____ - Plesso/i _____

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della Legge 8/3/2000, n. 53 nonché del D.Lgs. 105/ 2022,

DICHIARA

- di essere parente/affine della persona da assistere di:
 - primo grado, specifica (figlio, genitore, altro) _____
 - secondo grado, specifica _____
 - terzo grado, specifica _____
 - altro _____
- di voler assistere il/la Sign/Sign.ra (Cognome e Nome della persona con disabilità) : _____
_____ nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

- **Indicare la residenza (della persona con disabilità):**

- **Convivente con il sottoscritto**
- **Non convivente, residente a _____ (Prov. ____), Via _____ n. _____**

che la distanza chilometrica tra la propria abitazione e quella della persona da assistere è di Km _____;

di impegnarsi ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, **solo nel caso di distanza superiore a 150 Km;**

- In caso di adozione/affido, indicare la data del provvedimento: ____/____/____

- che il familiare da assistere sopra indicato è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, L.104/92 e s.m.i.;
- che il portatore di handicap è in vita e non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata che fornisce assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore;
- che l'accertamento dell'handicap:
 - ☐ non prevedere Revisione
 - ☐ è temporaneo fino al ____/____/____
- che il soggetto disabile da assistere è lavoratore dipendente:
 - ☐ SI
 - ☐ NO

In caso affermativo (SI), indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

- di essere a conoscenza che il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art.33, comma 3, L.104/92 e s.m.i, per l'assistenza del familiare disabile sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, L. 104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);
- di essere a conoscenza che in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile.
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza alla persona con disabilità, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; di essere inoltre 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 impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sovraesposti (ricovero a tempo pieno dell'assistito presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, perdita dei requisiti, etc.);

Nel caso di più soggetti che assistono e beneficiano dei permessi

- che, oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

Cognome _____ Nome _____

nat ____ a _____ (Prov. _____) il ____/____/____,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

- ☐ che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;

Solo in caso di permessi per assistere parenti e affini di terzo grado

che i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità in situazione di gravità da assistere sono:

- deceduti
- mancanti
- affetti da patologie invalidanti
- hanno compiuto i 65 anni di età
- altro, specifica _____

(N.B.): Le disposizioni applicative della nuova normativa (Circolare 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica) prevedono che **i lavoratori beneficiari** di cui all'art. 33 della Legge 104/1992, come novellato dall'art. 24 della Legge 183/2010, **siano tenuti a comunicare al Dirigente competente i giorni di assenza a tale titolo con congruo anticipo e se possibile con riferimento all'arco temporale del mese**, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, **salvo dimostrate situazioni di urgenza**.

Allegati:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4, comma 1 L. 104/92 e s.m.i. (in originale o copia autentica);
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente, della persona con disabilità e di eventuali altri soggetti che condividono i permessi;
- (se presente) dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- Altro:

Castel di Iudica, _____

Firma del richiedente

Privacy e protezione dei dati nel trattamento di informazioni personali

Con la presente si informa la S.V. che i dati personali forniti per le finalità connesse all'oggetto del presente documento saranno trattati dal Titolare in conformità alle disposizioni del Codice privacy (D.Lgs. 196/2003 novellato dal D.Lgs. 101/2018) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Più specificamente, in linea con quanto previsto dagli artt.13 e 14 del Regolamento, il Titolare indica i modi e i termini di tale trattamento nelle informative pubblicate nella sezione dedicata alla Privacy e Protezione dei dati personali del sito WEB dell'Istituto, al link: <https://netcrm.netsenseweb.com/scuola/privacy/netsense/ctic80300r> . Se il trattamento dei dati connesso all'oggetto del presente documento non rientrasse nei casi indicati nella sopracitata informativa, l'Istituto ne allegnerà una specifica.