



I.P.S.S.E.O.A. "TEN. CARABINIERI MARCO PITTONI" PAGANI
 SERVIZI PER L'ENOGASTRONOMIA E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA- SERVIZI COMMERCIALI
 OPZIONE PROMOZIONE COMMERCIALE PUBBLICITARIA – SERVIZI SOCIO-SANITARI: ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARI ODONTOTECNICO – PRODUZIONI INDUSTRIALI E ARTIGIANALI
 OPZIONE ARREDI E FORNITURE D'INTERNI E OPZIONE ARTIGIANATO



Richiesta benefici previsti dall'art. 33-Legge 104/92 – M11P10 Ed.1 Rev.0 del 19/12/2017

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 DELL'I.P.S.S.E.O.A.
 "Ten. CC M. PITTONI"
 DI PAGANI (SA)

Il/la sottoscritto/a _____,
 (Cognome e Nome) _____ (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
 (indeterminato/determinato)

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dall'art 33 della Legge 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni in qualità di

- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi;
- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

➤ Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____,
 ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

 (Cognome e nome) _____ (Grado di parentela)

 (Luogo e data di nascita) _____ (Residenza)

 (Prov.) _____ (Via / Piazza)

come risulta dalla certificazione che si allega in copia conforme all'originale.

- che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

| Cognome e Nome | Luogo e data di nascita | Rapporto di parentela | (se lavoratore) Dati del datore di lavoro |
|----------------|-------------------------|-----------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Allegare autocertificazione ai sensi degli artt. 75 e 76, indicando i motivi di rinuncia e/o ostativi all'assistenza del disabile (di seguito, barrare le voci che interessano)

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
oppure
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato
oppure
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti e affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza;

Solo per chi richiede i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornirle assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

| Cognome e Nome | Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente a una o più motivazioni sotto elencate) |
|----------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:

- 1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
 - a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
 - b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile*, gli *assegni di invalidità INPS*, le *rendite INAIL*, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
 - c) età superiore ai 70 anni, alla presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
 - d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
 - e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
- 2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.
- 3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.

Altresì dichiara di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

- 3 giorni al mese;
- 1,5 giorni al mese, in caso di part - time;
- frazionato con permessi orari, in relazione al ruolo.

Altresì si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni contenute nella presente dichiarazione ed è consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Il/la Dichiarante

Pagani _____

(qualifica, cognome e nome e firma per esteso)

RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA

Ai sensi dell'art. 38 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445, attesto che il/la sig./Sig.ra. _____, preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (**artt. 75 e 76 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – DPR 28/12/2000, n° 445**) e preavvisato sulla decadenza dai benefici eventualmente concessi a seguito di provvedimento emanato sulla base di autocertificazione non veritiera, ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

L'INCARICATO

Pagani _____

(qualifica, cognome e nome e firma per esteso)

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

- si autorizza;
 non si autorizza

la fruizione dei benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii.

Motivi eventuale diniego _____

Pagani, _____

II DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Rosanna ROSA