Al Dirigente Scolastico dell’ istituto comprensivo statale “SPERONE-PERTINI”

 PALERMO

OGGETTO : *Domanda per usufruire dei permessi art. 33 comma 3 L. 104/92 e art. 42 comma 3 D.Lgs. 151/2001 (per genitori, anche adottivi o affidatari, coniuge, parenti o affini entro il 2° grado di portatore handicap grave maggiorenne).*

\_ l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***CHIEDE***

di usufruire dei permessi mensili previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/92 e dall’art. 42

comma 3 del D. Lgs. 151/2001 per assistere \_ l \_ sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con il quale è nella seguente relazione di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

A tal fine dichiara:

* che nessun altro familiare benefica dei permessi per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
* che l’altro genitore sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , benefica dei permessi per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con \_ l \_ sottoscritt \_ , nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori;
* che la persona disabile è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4 comma 1 della legge n. 104/92 di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_;
* che la commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche;
* di essere 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 non fruire dei congedi previsti dall’art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2000 per l’assistenza ai figli (o nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) in condizione di handicap grave;
* di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa: (1)
* non è coniugata è vedova è coniugata ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
* è coniugata, ma il coniuge è effetto da patologia invalidante; (2)

 è stata coniugata ma il coniuge è deceduto ; è separata legalmente o divorziata (3) è coniugata,ma in situazione di abbandono (4) ha uno o entrambi i genitori deceduti ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (2)

1. Ai fini del diritto alla fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate.
2. Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall’art. 2 del Decreto Interministeriale n: 278 del 21/7/2000. In tale caso deve essere allegata idonea documentazione del medico specialistica del servizio sanitario nazionale o con esse convenzionato o dal medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o interventi chirurgici.
3. In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o divorzio.
4. In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.
* **In caso di adozione/affidamento**  data del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dal tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. A tal fine allega verbale rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell’ handicap accertato ai sensi dell’art. 4 comma 1 della legge 104/92 (anche in copia autenticata) o, nell’attesa della decisione, laddove siano decorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione della domanda, il certificato provvisorio rilasciato dal medico specialista nella patologia denunciata, dipendente del SSN o assimilato. \_ l \_ sottoscritt \_ , consapevole delle sanzioni penali previste dall’art 76 del D.P.R. 445 del 28/12/200 per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, o nel caso di formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più non più rispondenti a verità, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazioni saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’istituto, dichiara che le notizie fornite e gli atti allegati alla presente rispondono a verità. Inoltre si impegna a comunicare tempestivamente la variazione delle notizie e situazioni di cui alla presente, in particolare: ♦ l’eventuale ricovero a tempo pieno; ♦ la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell’handicap in situazione di gravità; ♦ la fruizione di permessi, per lo stesso disabile in situazione di gravità, da parte di altri familiari; ♦ eventuale decesso del disabile in situazione di gravità.

 *Firma del richiedente*

 Palermo lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.:** La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori.

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata dall’ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. È ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “SPERONE-PERTINI” PALERMO**

**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.

Motivi del diniego:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DIRIGENTE SCOLASTICO (Prof.ssa Antonella Di Bartolo)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ PER RINNOVO**

**ANNUALE BENEFICI H**

\_ l \_ sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ , consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. N° 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

Che la commissione ASP non ha rivisto il giudizio di gravità dell’handicap della persona per la quale vengono richiesti i benefici e che la certificazione ASP non è scaduta e non ha subito modifiche.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.lgs. 30/06/2003 N° 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per i quale la presente dichiarazione viene resa.

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 il dichiarante

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 N° 445 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all’ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**AVVERTENZE**

1. BENEFICIARI

Genitori, anche adottivi o affidatari di figli maggiorenni, coniuge, parenti o affini entro il 2° grado, di soggetti con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 non ricoverati a tempo pieno. I permessi possono essere fruiti da parente o affini di terzo grado soltanto qualora uno dei genitori o il coniuge abbiano compiuto 65 anni di età, siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (sono parenti di primo grado ad es.: genitori, figli; sono parenti di secondo grado ad es.: nonni, fratelli, sorelle, nipoti in quanto figli dei figli; sono affini di primo grado ad es.: suocero/a, nuora, genero; sono affini di secondo grado es.: cognati; sono parenti di terzo grado ad es.: zii, nipoti in quanto figli di fratelli/sorelle, bisnonni, pronipoti in linea retta; sono affini di terzo grado ad es.: zii acquisiti, nipoti acquisiti). I permessi possono essere fruiti da un solo lavoratore per assistere la stessa persona: l’unica eccezione riguarda i genitori che possono fruire dei permessi per assistere lo stesso figlio anche alternativamente sempre nel limite dei tre giorni per disabile in situazione di gravità.

1. PERMESSI SPETTANTI 3 giorni di permessi mensile, frazionabili anche in 6 mezze giornate.

3) CONDIZIONI E MODALITÀ DI FRUIZIONE

* Non è ammessa l’alternativa tra più beneficiari, in quanto i permessi possono essere accordati soltanto ad un unico lavoratore. La sola eccezione è prevista per i9 genitori di figli con disabilità grave ai quali è riconosciuta la possibilità di fruire dei permessi alternativamente, sempre nel limite dei tre giorni.
* Spettano anche se l’altro genitore non ne ha diritto (perché, ad esempio, è casalingo/a, lavoratore/lavoratrice, autonomo/a, ecc.).
* Non sono richiesti i requisiti della convivenza, della continuità ed esclusività dell’assistenza con il soggetto portatore di handicap.
* I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.
* In caso di part-time verticale le giornate di permesso mensili vengono proporzionalmente ridotte.
* I 3 giorni di permesso, complessivamente spettanti ad entrambi i genitori conviventi con il portatore di handicap, se richiesti contemporaneamente, possono anche coincidere (esempio: madre lunedì e martedì, padre martedì).
* I 3 giorni di permesso devono essere possibilmente fruiti dai docenti in giornate non ricorrenti.
* Il richiedente dovrà comunicare le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l’organizzazione dei servizi e per limitare le ricadute negative derivanti dall’assenza.

4) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

* La domanda ha validità annuale e può essere modificata in caso di necessità.
* Alla domanda va allegata documentazione relativa alla gravità dell’handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla Commissione medica della competente ASL.
* Per il rinnovo è sufficiente dichiarare che l’ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell’handicap.

 5) INCOMPATIBILITÀ

 Durante i mesi in cui viene fruito il congedo di cui all’art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 (congedo massimo di due anni per i genitori, o, nei casi previsti, fratelli) nessun altro soggetto può fruire dei permessi di tre giorni mensili dell’art. 33 comma 3 della legge 104/92.