

## DOMANDA DI AMMISSIONE AI PERMESSI ART. 33 L. 104/92

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo " G. Giuliano"  
04100 Latina

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

con contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ full-time  
☐ part-time orizzontale  
☐ part-time verticale  
di ore \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ gg lavorativi  
  
☐ determinato ☐ full-time  
☐ part-time orizzontale  
☐ part-time verticale  
di ore \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ gg lavorativi

### CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla L. 104/92, art. 33 comma 3 e ss. mm.,

☐ a giorni (*docenti e personale ATA*) ☐ a ore (*solo personale ATA*)

per poter assistere il/la sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
che si trova in condizioni di handicap accertate da \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo Unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità, dichiara:

☐ che il disabile è in vita;

- ☐ che l'accertamento è ☐ **IRRIVEDIBILE** ☐ **RIVEDIBILE**
- ☐ che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
- ☐ **di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività al disabile e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;**
- ☐ **di NON essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al/i seguente/i avente/i diritto:**

1. \_\_\_\_\_ *cognome* \_\_\_\_\_ *luogo e data di nascita*

\_\_\_\_\_ *nome* \_\_\_\_\_ *documento d'identità*

\_\_\_\_\_ *struttura lavorativa*

\_\_\_\_\_ *recapito telefonico e email*

2. \_\_\_\_\_ *cognome* \_\_\_\_\_ *luogo e data di nascita*

\_\_\_\_\_ *nome* \_\_\_\_\_ *documento d'identità*

\_\_\_\_\_ *struttura lavorativa*

\_\_\_\_\_ *recapito telefonico e email*

- ☐ che è 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- ☐ che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno), entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.
- ☐ **Solo per dare assistenza a familiari di 3° grado:**  
 il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
- ◇ è coniugato/a;
  - ◇ è vedovo/a;
  - ◇ è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - ◇ è coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
  - ◇ è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
  - ◇ è coniugato/a ma in situazione di abbandono;

- ◇ 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 patologie invalidanti.

Si allega:

- ☐ copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92
- ☐ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*luogo e data*

\_\_\_\_\_

*firma del richiedente*

#### INFORMATIVA

##### (ART. 13 GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE/2016/679)

L'Istituto Comprensivo "G. Giuliano" di Latina informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti, è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della scuola medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del GDPR UE/2016/679. Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del GDPR UE/2016/679.

\_\_\_\_\_

*luogo e data*

\_\_\_\_\_

*firma del richiedente*

.....  
riservato al Dirigente Scolastico / Segreteria

**Richiesta assunta al protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

Autorizzazione

Si concede ☐ Non si concede ☐ Motivo del diniego \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_