ISTITUTO COMPRENSIVO QUILIANO
Via Valleggia Superiore 17047 QUILIANO
Tel. 019/880169 Fax 019/2165283 svic809005@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI QUILIANO

OGGETTO: RICHIESTA ANNUALE PERMESSI PER ASSISTENZA A SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE. (D.lgs 151/2001 art. 42; Legge 104/1992 art. 33 comma 3; Legge 53/2000 artt. 19 e 20)

_l_ sottoscritt__ _____ nat__ il _____

a _____ (prov. ____) residente a _____ (prov.____)

Via/P.zza _____ n.____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____, con rapporto di lavoro a tempo ☐ Indeterminato ☐ Determinato

C H I E D E

alla S.V. di usufruire dei permessi di cui alla Legge 104/1992 ☐ **per se stesso** ☐ **per assistenza a familiare**

in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio).

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

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(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).

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 (1) _____

(data adozione/affido) _____ data di nascita _____

luogo di nascita _____Codice Fiscale _____

residente a _____, (prov. _____), via/p.zza _____, n. _____

come risulta dalla certificazione che si allega.

- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- che nessun altro famigliare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato (2);

- di voler fruire del permesso secondo le seguenti modalità:

☐ a giorni ☐ a ore (solo nel caso di permesso fruito dal lavoratore per se stesso)

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data, _____ Firma _____

(1) Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

(2) Per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (messaggio INPS n.19583 del 02.09.09).

Il Dirigente Scolastico
(Angela CASCIO)

AVVERTENZE IMPORTANTI

BENEFICIARI:
Genitori, compresi gli adottivi o affidatari di figli maggiorenni, parenti o affini entro il 3°grado, coniuge di soggetti in condizione di handicap grave accertata ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge 104/1992 dalla competente commissione ASL e non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati.

CONDIZIONI E MODALITA' DI FRUIZIONE:
SE CONVIVENTI
Gli altri familiari conviventi (compreso il coniuge) per fruire dei permessi devono dimostrare l'impossibilità per altri familiari maggiorenni conviventi - non lavoratori o non studenti - compreso l'altro genitore che non lavora di prestare assistenza.
Ad esempio età superiore a 70 anni unita ad invalidità, presenza nel nucleo familiare di altri figli inferiori a 6 anni.

SE NON CONVIVENTI
I congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa.
L'esclusività dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo familiare del soggetto in condizione di handicap grave sono presenti familiari maggiorenni, compresi i genitori, non lavoratori, in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano di permessi per lo stesso.
La continuità non è dimostrabile in caso di oggettiva lontananza dall'abitazione del soggetto in condizione di handicap grave.
I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.
In caso di part time orizzontale e fruizione ad ore dei permessi, il numero di ore concedibile viene proporzionalmente ridotto in base alla percentuale di part time.
In caso di part time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.
La domanda ha validità annuale e va rinnovata alla scadenza con la dichiarazione che l' ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap.