



Ministero della Pubblica Istruzione

Istituto Comprensivo II di Montichiari

Via Cesare Battisti, 52 - 25018 Montichiari (BS) tel: 030961112 fax: 0309981115 C.F. 85001390179
e-mail: BSIC8AL00B@ISTRUZIONE.IT pec: BSIC8AL00B@PEC.ISTRUZIONE.IT

ALLA C.A. DELLA DIRIGENTE SCOLASTICA

OGGETTO: RICHIESTA L. 104

__I__ sottoscritt _____ nato/a il _____

a _____ (Prov. _____) residente a _____

(Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____, in servizio presso questa Istituzione

Scolastica in qualità di _____,

CHIEDE

di fruire dei permessi di cui alla Legge 104/1992 per l'assistenza di _____

data di nascita _____ Comune di nascita _____ (Prov. _____)

codice fiscale _____ Comune di residenza _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Comune _____ (Prov. _____) Via _____ n. _____

In condizione di handicap grave accertata da ASL di _____ in data _____,
non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati

- Figlio/a biologico/a, (adottato/affidato data del provvedimento _____)
- Parente o affine entro il 2° grado (specificare rapporto di parentela o affinità) _____
- Parente o affine entro il 3° grado (specificare e documentare la situazione eccezionale che dà titolo al beneficio) _____

-
- Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/92
 - Impegnato/a in attività lavorativa e non beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/92
 - Non impegnato/a in attività lavorativa

DICHIARA

• che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave oppure che

- che l'altro genitore, sig./ra _____, dipendente presso _____ recapito telefonico del datore di lavoro _____, beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori

firma dell'altro genitore _____

- di voler usufruire dei permessi a giorni (massimo 3 giorni mensili);
- di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun altra persona è

in grado di prestargli assistenza (1)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Copia del certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap; qualora il certificato non fosse ancora stato rilasciato, in attesa di questa documentazione è possibile allegare il certificato del medico specialista ASL. Per le persone affette da sindrome di Down è sufficiente il certificato dal medico di base (con allegata copia del cariotipo sulla cui base il medico ha rilasciato la certificazione, art. 94 lex 27/12/02 n° 289)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare

- l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL;
- la condizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del DLgs 196/2003 accosente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Il dipendente dichiara inoltre che:

- presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Montichiari, _____

FIRMA DEL/LLA RICHIEDENTE

FIRMA DI CONVALIDA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Angela Bozzi)