



**ISTITUTO TECNICO STATALE
"MARCHI - FORTI"**

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it



Via Caduti di Nassiriya, 87 - 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ITS "MARCHI-FORTI"**

**Richiesta di autorizzazione per la
fruizione dei permessi di cui all'art. 33, L. 104/92 e s.m.i.
(artt. 46 - 47 - 76 del DPR 28.12.2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, residente a _____ alla via _____, n. _____, in servizio a tempo _____, con orario (part-time/full-time) _____, presso _____, con il profilo prof.le di _____, Tel. Interno/cell. _____, e-mail _____,

CHIEDE

Il riconoscimento del diritto di poter fruire dei permessi di cui all'art. 33, co. 3 e/o 6, L. 104/92 e s. m.i.,

- per poter prestare assistenza al soggetto portatore di grave handicap (di seguito indicato) ai sensi dell'art. 3, co. 3, L. 104/1992;
- in qualità di lavoratore portatore di grave handicap ai sensi dell'art. 3, co. 3, L. 104/1992.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del medesimo DPR, sulla responsabilità penale prevista per chi rilascia dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- Che con verbale dalla Comm. Medica dell'ASL o decreto di omologa del Tribunale è stata riconosciuta, ai sensi dell'art. 3, c. 3, L. 104/1992, la gravità dell'handicap di cui è portatore:

- il/la sottoscritto/a
- il/la seguente disabile: Sig./Sig.ra _____, nato/a il _____ a _____, Cod. F. _____, residente a _____ in via _____ n. _____ Parentela/affinità/coniuge o equiparato* ex art. 1, co. 36, L. 76/2016 (rispetto al sottoscritto): _____, il quale:

*è equiparato al coniuge: la parte di un'unione civile registrata negli atti dell'archivio dello stato civile; o la parte di una convivenza di fatto costituita soltanto a seguito dalla presentazione di un'apposita dichiarazione anagrafica presentata all'uff. anagrafe del Comune di residenza.

1) non è ricoverato, a tempo pieno, presso alcuna struttura ospedaliera o strutture (pubbl. o private) che assicurano assistenza sanitaria;

- 2) ha il seguente stato civile: libero/a; vedovo/a; divorziato/separato/a legal.
- coniugato/parte di unione civile/o di convivenza di fatto, con: il sig./sig.ra _____ nato/a il _____ a _____, (indicare se ha già compiuto 65 anni o se sono affette da patologie invalidanti*) _____

*(Elenco delle patologie di cui all'art. 2, comma 1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4 del D.I. n. 278 del 2000: 1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario; 4) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2 e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà).

3) ha i seguenti genitori viventi (indicare generalità e se hanno comp. 65 anni o se hanno patologie inv.): _____;

- Che, per assistere il medesimo soggetto, nessun altro familiare beneficia dei suddetti permessi; oppure,
- Che, per assistere la medesima persona, tali permessi sono fruiti anche dal/dalla:
 Sig.Sig.ra _____, nato/a _____ il _____, che lavora presso _____, con sede a _____ in via _____;
- Di essere a conoscenza che i permessi di cui alla L. 104/92 possono essere fruiti in giorni diversi rispetto a quelli richiesti dall'altro beneficiario e che il limite complessivo (fra i fruitori) resta quello dei 3 gg o 18 ore mensili;
- Di essere già beneficiario dei permessi di cui all'art. 33, L. 104/92, per assistere il/la:
 Sig.Sig.ra _____ nato/a _____ il _____, Parentela/affinità (di quest'ultimo rispetto al sottoscritto) _____

(Da completare nel caso in cui il soggetto da assistere è il proprio figlio/a)

- Di essere a conoscenza che non può fruire del congedo straordinario (ex art.42, co. 5, D.lgs. n. 151/2001), dei permessi mensili ed orari di cui all'art. 33, co. 2 - 3, L. 104/1992, o del prolungamento del congedo parentale di cui all'art. 33, co. 1, D. Lgs 151/2001, negli stessi giorni in cui l'altro genitore fruisce di tali permessi/congedi per assistere lo stesso figlio/a disabile:
 sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____;

- Di essere a conoscenza che, **entro il 31 gennaio** di ogni anno, occorre **richiedere il rinnovo** del diritto di fruire dei permessi di cui alla L. 104/92, **per il nuovo anno** (anche nel caso in cui il verbale che attesta il grave handicap della persona da assistere sia non rivedibile), salvo che si fruisca del permesso de quo per sé stesso/a e che la propria condizione non sia soggetta a rivedibilità);
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni lavorative (es. ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, decesso dell'assistito, ecc.);
- Di impegnarsi, salvo situazioni di urgenza da documentare, a comunicare con congruo anticipo, possibilmente con riferimento all'intero arco temporale del mese, le richieste di congedo, al fine di consentire la migliore organizzazione del Servizio di appartenenza;
- Di essere a conoscenza che l'ITS "Marchi - Forti" potrà procedere alla verifica, anche a campione, dei dati forniti con la presente dichiarazione, e che, nel caso risultasse l'insussistenza dei presupposti per la legittima fruizione dei permessi, provvederà alla immediata revoca dei benefici lavorativi concessi, salvo l'avvio del relativo procedimento disciplinare e, se del caso alla comunicazione alle autorità competenti delle ipotesi di reato;
- Di essere informato/a, ai sensi del Reg. UE 679/2016 e dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che il trattamento cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'ITS "Marchi - Forti" delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della normativa vigente.

Data e luogo _____

Firma

All'uopo si allega:

- Copia del verbale della commissione medica dell'ASL, attestante la gravità dell'handicap; _____
- Copia del documento d'identità (del sottoscritto) in corso di validità.