

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. TROFARELLO

DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL.....AL.....(MAX 12 MESI)

(Legge 104/1992, art. 33 commi 2-3)

GENITORI O AFFIDATARI DI MINORI

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A		GENITORE RICHIEDENTE	
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	CODICE FISCALE	GIORNO/MESE/ANNO
INDIRIZZO (Via, Piazza, N.Civico, Frazione, ecc)	COMUNE DI RESIDENZA	PROV	
CAP	N. TELEFONICO (con prefisso)		

CHIEDE

- ☐ di fruire dei permessi indicati al QUADRO C o D, spettanti ai genitori di figli in condizione di handicap grave

QUADRO B		DATI DEL/LA FIGLIO/A IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE	
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	CODICE FISCALE	GIORNO/MESE/ANNO
DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE			
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione, ecc)	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV
☐ Figlio/a (biologico/a)			
☐ Figlio/a adottat : - data provvedimento di adozione/affidamento _____			
- data di ingresso in famiglia dell'adottat /affidat _____			
☐ in condizione di handicap grave, accertata dalla ASL di _____ in data _____			
☐ non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati			

QUADRO C	PERMESSI RICHIESTI PER FIGLI DI ETA' INFERIORE AI 3 ANNI
☐ IL PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE (astensione facoltativa) dal _____ al _____ dal _____ al _____	
OPPURE	
☐ 2 ORE (O 1 ORA) DI PERMESSO PER TUTTI I GIORNI LAVORATIVI	
PERMESSI DI 2 ORE	PERMESSI DI 1 ORA
dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____

(OPPURE)

QUADRO D	PERMESSI RICHIESTI PER FIGLI DI ETA' COMPRESA FRA 3 E 18 ANNI
☐ GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3 TRA I DUE GENITORI) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO NEI SEGUENTI 12 MESI	

QUADRO E	DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE (tranne i casi di "genitore solo")		
Il/la sottoscritto/a, altro genitore (compreso quello adottivo o l'affidatario) del minore indicato al QUADRO B			
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	GIORNO/MESE/ANNO	
		CODICE FISCALE	
DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE			
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione, ecc)	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV
CAP	N. TELEFONICO (con prefisso)		
DICHIARA			
☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della ditta _____ Via _____ n. _____ Città _____ Partita IVA/Codice/Fiscale _____			
☐ di non aver richiesto, per lo stesso minore in condizione di handicap grave, i permessi indicati al QUADRO C, IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI negli stessi periodi			
☐ di non aver richiesto i permessi di cui al QUADRO D			
☐ di aver richiesto i permessi di cui al QUADRO D entro il limite massimo di TRE GIORNI tra i due genitori			

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiarano di essere consapevoli 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 e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Dichiarano inoltre che, per i suddetti periodi, il prolungamento del congedo parentale e le ore di permesso giornaliero (QUADRO C) vengono fruiti in alternativa all'altro genitore o che i giorni di permesso mensile (QUADRO D) vengono fruiti nel limite massimo di 3 giorni mensili tra i due genitori.

Si impegnano a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati nonché le modifiche dei periodi richiesti.

Firma _____

DEL/DELLA RICHIEDENTE

DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Data _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per le persone con sindrome di Down)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per le persone con sindrome di Down)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per le persone con sindrome di Down)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____