

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. TROFARELLO

DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL _____ AL _____ (MAX 12 MESI)
PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

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

GENITORI DI MAGGIORENNI

**PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PERSONE MAGGIORI DI 3 ANNI
CONIUGI**

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

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

CHIEDE

☐ di fruire dei permessi indicati al QUADRO D

QUADRO B		DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP	
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
		GIORNO/MESE/ANNO	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	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
☐ Figlio/a (biologico/a)			
☐ Figlio/a adottat : - data provvedimento di adozione/affidamento _____			
☐ Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc) _____			
☐ Convivente con il/la richiedente			
☐ non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato			
☐ in condizione di handicap grave , accertata dalla ASL di _____ in data _____			
☐ non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati			

DICHIARA

- ☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta sopra indicata
- ☐ di lavorare nel Comune di _____ e di abitare nel Comune di _____
- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave
- ☐ che l'altro genitore 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 (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità di pag. 3)
- ☐ di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili indicati al successivo QUADRO D, dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 per l'assistenza ai figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) in condizione di handicap grave
- ☐ di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza (1)

(1) Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza

QUADRO C	COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDE LA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE			
	Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO D	PERMESSI MENSILI RICHIESTI
Il/la sottoscritto/a richiede	
☐ GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO NEI SEGUENTI 12 MESI	

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 e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed 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
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari

Firma

_____ DEL/DELLA RICHIEDENTE

_____ DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Data

- (1) La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficio dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:

Denominazione Ditta _____

Indirizzo e Località _____

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 _____