



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

Istituto Comprensivo Statale "Alto Casertano"

Istruzione del primo ciclo nei comuni di

ROCCAMONFINA-ROCCAD'EVANDRO-CONCA DELLA CAMPANIA-GALLUCCIO-SAN PIETRO INFINE-TORA E PICCILLI

Via S. Lucia,10 - 81035- ROCCAMONFINA (CE) - Tel. 0823/677280

ceic8be00b@istruzione.it ♦ ceic8be00b@pec.istruzione.it ♦ <http://www.icaltocasertano.edu.it>

Codice meccanografico CEIC8BE00B ♦ Codice Fiscale 95022400618

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPrensIVO
ALTO CASERTANO
ROCCAMONFINA (CE)

**OGGETTO: RICHIESTA FRUIZIONE PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE 104/1992
ART. 33 COMMA 3 PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE**

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a
_____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato presso

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

C.F. _____ residente a _____

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km _____ (Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, **DICHIARA** che:

- il disabile è in vita;
-
- l'accertamento dell' handicap è

IRRIVEDIBILE

RIVEDIBILE il _____

- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
- **di ESSERE il referente unico** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso persona in situazione di disabilità grave;
- **di NON ESSERE il referente unico**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

1. Nome _____ Cognome _____

Data _____ Luogo nascita _____ provincia _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

Telefono _____

Email _____

pec _____

2. Nome _____ Cognome _____

Data _____ Luogo _____ nascita _____

_____ provincia _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

Telefono _____

Email _____

pec _____

3. Nome _____ Cognome _____

Data _____ Luogo _____ nascita _____

_____ provincia _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

Telefono _____

Email _____

pec _____

- **Solo per dare assistenza a familiari di 3°**: il soggetto in situazione di disabilità grave

con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- è coniugato;
- è coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega:

- 1) Verbale della commissione medica integrata ASL/INPS, in originale o in copia conforme all'originale, dal quale si evinca il riconoscimento dello stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992;
- 2) dichiarazione altrà/e persona/e che beneficia/ano dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- 3) copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- 4) ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti).

Luogo e data , _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Istituto Comprensivo Alto Casertano di Roccamonfina (CE) informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della scuola medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro tempore.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto della Segreteria dell'Istituto Comprensivo Alto Casertano di Roccamonfina (CE).

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Luogo e data , _____

Per presa visione _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(D.P.R. 445 del 28.12.2000 G.U. Nr. 42 del 20 febbraio 2001)

Il/La sottoscritt _____

Cognome.....

nome

nato a (prov.....) il

e residente in (prov.....)

vian.....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.26 della succitata legge n. 15/68 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.lgs 196/03

DICHIARA

che il/la Sig/ra _____

nato/a a _____ il _____ e

residente

in via _____ **non è ricoverata presso strutture ospedaliere né in**

Istituti specializzati.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione di suddetta situazione.

Luogo e data, _____

Per presa visione, _____