Al Dirigente Scolastico

I.C. Via Prati

Desio (MB)

RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO MENSILE DEL DIPENDENTE IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____(____) il _____

residente a _____ via _____tel. _____

in servizio c/o _____

soggetto riconosciuto in situazione di **disabilità grave ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3 - 3° comma**

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dalla legge n. 104/92, articolo 33 (agevolazione per il soggetto handicappato maggiorenne), e successive modificazioni a decorrere dal _____

Il/la sottoscritto/a prende atto che può fruire dei permessi nelle seguenti modalità non cumulabili nello stesso mese:

- ☐ riduzione oraria nella misura di 2 ore di permesso per ciascun giorno lavorativo del mese se l'attività lavorativa è pari o superiore alle 6 ore giornaliere e nella misura di 1 ora se inferiore alle 6 ore giornaliere;
- ☐ tre giorni di permesso mensile, fruibili anche in maniera continuativa o ad ore, proporzionalmente alla tipologia del rapporto di lavoro come sotto specificato:

Percentuale %	100	83	70	66	50	33
Ore mensili	18	15	12.30	12	9	6

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare al Dirigente Scolastico, all'inizio di ciascun mese, per quanto possibile, la relativa programmazione.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a:

1. dichiara che usufruisce delle agevolazioni previste dalla legge n. 104/92 per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

2. 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 per l'effettiva tutela dei disabili;

3. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

4. Si impegna a comunicare per iscritto, all'Amministrazione e al Responsabile, l'eventuale richiesta di cambio di modalità di fruizione dei permessi.

☐ Allega alla presente copia del Verbale rilasciato dall'apposita Commissione Medica ASL attestante lo stato di "disabilità grave", ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3, 3° comma;

☐ Copia del Verbale rilasciato dall'apposita Commissione Medica ASL attestante lo stato di "disabilità grave", ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3, 3° comma, già presente agli atti dell'Istituto.

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016, nel rispetto delle disposizioni in materia di privacy, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per cui sono richiesti. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.

Desio, _____ Firma _____