Al Dirigente Scolastico
I.C. Via Prati - Desio

OGGETTO: **domanda di ammissione alla fruizione dei permessi ex art. 33 L. 104/92, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 n. 324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993 n. 423, nonché dall'art. 3 comma 38 della Legge 24/12/1993 n. 537 e dall'art. 20 della Legge 8/3/2000 n. 53, nonché del D.Lgs. 105/2022**

Il/la sottoscritt_ _____

nat_ a_____ (_____) il _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente/ATA a tempo determinato/indeterminato

C H I E D E

di beneficiare dei permessi in oggetto e

DICHIARA

di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445

(*barrare le caselle di interesse*)

- Che presta assistenza nei confronti di _____ nat_ a _____ (_____) il _____ residente a _____ in Via _____ n._____ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato;
- Che la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno;
- Che l'assistito ha il seguente grado di parentela _____ e che il/la sottoscritt_ presta assistenza in via esclusiva □ oppure in alternativa con □ a (indicare il cognome, nome, data e luogo di nascita, **società / ente presso cui presta servizio e grado di parentela degli altri soggetti aventi diritto alla fruizione dei permessi**);
  _____
  _____
- Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela / affinità di 3° grado non ha genitori o coniuge che lo possano assistere perché:
  - **mancanti**
  - **affetti da patologie invalidanti (documentate)**
  - **ultrasessantacinquenni (documentati con copia di documento di identità)**

Il/la sottoscritt_ **si impegna a comunicare tempestivamente** ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

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 solo per l'effettiva tutela dei disabili.

Inoltre, il/la sottoscritt_ si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio nel caso in cui l'assistito sia residente ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Dichiara, infine, di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni e dal Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In allegato il/la sottoscritt_ consegna la seguente documentazione (barrare le caselle di interesse):

- ☐ Dichiarazione, con allegata copia del documento di identità, del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che deve prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.

- ☐ Dichiarazione allegata di assistenza alternativa al familiare disabile, al momento della richiesta dei permessi mensili, da parte di coloro che richiedono la fruizione dei permessi congiunti.

- ☐ Dichiarazione di rinuncia (con allegata copia del documento di identità) dell'altra persona che avrebbe diritto alla fruizione dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave.

- ☐ Copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.

Data _____ Firma _____

N.B.: ***Coloro che richiedono la fruizione dei permessi congiunti dovranno allegare la dichiarazione di assistenza alternativa al familiare disabile, al momento della richiesta dei permessi mensili.***