



Ministero dell'Istruzione e del Merito
I.C. "EMANUELE FILIBERTO DI SAVOIA" CASORATE PRIMO (Pavia)

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo grado
Codice Ministeriale PVIC805008 - Codice Fiscale: 96039020183 - Codice Univoco: UFARDQ
Sede Centrale e Uffici: Via F.Ili Kennedy, 3 - 27022 Casorate Primo (PV)



☎ 02/9056075 - 02/90056139

✉ segreteria: pvic805008@istruzione.it - PEC: pvic805008@pec.istruzione.it

✉ D.S. dirigentescolastico@iccasorateprimo.edu.it

🌐 www.iccasorateprimo.edu.it



I.C.S. "E.F. DI SAVOIA"
Via F.Ili Kennedy, 3
CASORATE PRIMO (PV)

Il/La sottoscritto/a _____
COGNOME E NOME

_____ a tempo _____ in servizio presso
QUALIFICA INDETERMINATO/DETERMINATO

questo Istituto nel corrente anno scolastico _____

residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- coniuge, parente o affine entro il 2° grado della persona disabile;
- parente o affine entro il 3° grado della persona disabile;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE e dell' ATTO di NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D,P,R, 28/12/2000, n° 445).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall' art.15 comma 1 della legge 183/2011

DICHIARA

1. che l' A.S.L. di _____, nella seduta del _____,

ha riconosciuto la gravità dell' Handicap (ai sensi dell' art. 3 comma 3 della Legge 104/92 e ss. mm. ii),
di:

Cognome e Nome _____

grado di parentela¹ _____ (data adozione/affido) _____

data e luogo di nascita _____

Residente a _____, Via/Piazza _____

Lavoro:

PUBBLICO PRIVATO

2. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela

¹Indicare se: coniuge;

figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
parente o affine entro il 2° grado (specificare se : genitori, nonni, fratelli ecc.);
parente o affine entro il 3° grado (specificare se : zii, bisnonni ecc.).

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso Istituti specializzati (vedi certificato medico allegato);

che altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi;

- Nome _____
- Cognome _____
- Grado di parentela _____

• Lavoro: PUBBLICO PRIVATO

di impegnarsi a comunicare al Dirigente Scolastico le assenze dal servizio con congruo anticipo (possibilmente con programma mensile) al fine di consentire la migliore organizzazione del servizio; a tal fine il lavoratore richiedente si impegna a fornire un "Programma di assistenza" a firma congiunta del lavoratore (stesso e della persona con disabilità in situazione di gravità che dell'assistenza si giova (Circolare INPS n. 90 del 23.05.07 Punto 4);

di impegnarsi a produrre idonea documentazione attestante il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, da esibire al Dirigente Scolastico dopo la fruizione dei permessi, ai sensi del Dlgs 119/2011, art 6;

di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

di essere 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;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso), consapevole che le amministrazioni effettuano controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71,75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio* qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/La Dichiarante

Data _____

Allegati:

- ⇒ copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 -comma 3- della Legge 104/1992;
- ⇒ fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- ⇒ programma di assistenza (Circolare INPS n. 90 del 23.05.07 Punto 4)
- ⇒ attestazione di congruità del programma di assistenza.

VISTA l' istanza presentata da _____, in data _____ acquisita a protocollo n° _____;

VISTA la documentazione allegata;

si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modifiche e integrazioni.

Motivi del diniego: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
PROF.SSA MARIA GENTILE