

		
Codice Meccanografico CLIC830004 Codice Univoco UF1UIV	ISTITUTO COMPRENSIVO “DON L. MILANI” CALTANISSETTA	Codice Fiscale 92062090854 Codice IPA icdlm

Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. “Don L. Milani
Caltanissetta

Il/la sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta Istituzione
Scolastica in qualità di:

☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico ☐ Assistente Amministrativo
☐ Tempo Indeterminato ☐ Tempo determinato

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) _____

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, dichiaro che:

☐ Il disabile è in vita;

☐ L'accertamento dell'handicap è: _____ IRRIVEDIBILE _____ RIVEDIBILE il _____

		
Codice Meccanografico CLIC830004 Codice Univoco UF1UIV	ISTITUTO COMPRENSIVO “DON L. MILANI” CALTANISSETTA	Codice Fiscale 92062090854 Codice IPA icdlm

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 la stessa persona in situazione di disabilità grave;

Di non essere referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

NOME _____ COGNOME _____ DATA _____

LUOGO NASCITA _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____

email _____

Siallega:

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- dichiarazione dell'altra persona che beneficia 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;
- copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti).

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

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.

		
Codice Meccanografico CLIC830004 Codice Univoco UF1UIV	ISTITUTO COMPRENSIVO “DON L. MILANI” CALTANISSETTA	Codice Fiscale 92062090854 Codice IPA icdlm

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 dei 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 beneficiario richiesto.

Caltanissetta. _____

Firma
