ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12
Via Cestellini , snc – Ponte San Giovanni – 06135 PERUGIA
Tel. 075 39 55 39 – fax 075 39 33 20
Email: pgic840009@istruzione.it – PEC: PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT
Sito: www.istitutocomprensivoperugia12.it

Modello n. 13
ATA

RICHIESTA PERMESSI L.104/92 E AUTOCERTIFICAZIONI

Al Dirigente Scolastico
I.C. PERUGIA 12
Via Cestellini, snc
06135 PERUGIA

Il/La sottoscritto/a_____nato/a_____Prov.____
Il_____in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di_____

CHIEDO alla S.V.
Di fruire il seguente beneficio – qui di seguito contrassegnato con una crocetta, previsto dalle norme sulla tutela e l'assistenza dei disabili:

☐ **il prolungamento del congedo parentale spettante per il figlio** fino a otto anni di vita, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art.33, c. 1, D.lgs. n. 151/2001, per l'assistenza del proprio figlio_____nato a _____prov._____il___/___/___;

☐ **i permessi retribuiti di una o due ore al giorno spettanti per il figlio** entro i tre anni di vita, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, c.2, parte finale, della legge n. 104/92 e dell'art. 42, c. 1 del D.lgs. D.lgs. n. 151/2001, per l'assistenza del proprio figlio_____nato a _____prov._____il___/___/___;

☐ **i permessi retribuiti di tre giorni al mese, spettanti per il figlio** entro gli otto anni di età, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, c. 2 legge 104/92, art. 33 c. 2, e art. 42, c.1, Dlgs. 151/2001, e Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010, punto 4, per l'assistenza del proprio figlio _____ nato a _____prov._____il___/___/___;

☐ **i permessi retribuiti di tre giorni al mese, spettanti per il figlio** disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 42, c. 3, Dlgs. 151/2001 e dell'art. 33, c.3, della legge n. 104/92, per l'assistenza del proprio figlio_____nato a _____prov._____il___/___/___;

☐ **i permessi retribuiti di tre giorni al mese** per assistenza del parente o affine entro il terzo grado di parentela, o affinità, compresi coniuge e figlio maggiorenne, disabile in situazione di gravità, di cui all'art. 33, c. 3 legge 104/92 e art. 20 legge 8/3/2000 n. 53, per l'assistenza di_____ nato a _____prov._____il___/___/___, il quale nei miei riguardi riveste il seguente rapporto di parentela o affinità_____;

☐ **i permessi di due ore al giorno per me stesso/a** lavoratore/trice disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, c. 6, legge n. 104/92, in quanto riconosciuto disabile in situazione di gravità, come da unita documentazione;

☐ **i permessi di tre giorni al mese per me stesso/a** lavoratore/trice disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, c. 6, legge n. 104/92, in quanto riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità, come da unita documentazione;

ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12
Via Cestellini , snc – Ponte San Giovanni – 06135 PERUGIA
Tel. 075 39 55 39 – fax 075 39 33 20
Email: pgic840009@istruzione.it **– PEC:** PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT
Sito: www.istitutocomprensivoperugia12.it

Modello n. 13
ATA

☐ **la priorità nella scelta della sede,** ai sensi dell'art. 21, legge n. 104/92, ovvero art. 33, c.5, legge n.104/92, per le seguenti operazioni di assegnazione di sede:_____

_____

☐ **il congedo retribuito fino a un biennio,** di cui all'art. 42, cc. da 5 a 5 quinquies del D.lgs. 26/3/2001 n. 151/2001, in quanto avente diritto per l'assistenza di_____
disabile in situazione di gravità ai sensi della legge n. 104/92, grado di parentela_____
non ricoverato a tempo pieno;
a tal fine dichiaro quanto segue:_____

_____

_____

A tal fine allego la seguente documentazione:

1) Autocertificazione, prevista dal punto 7 dell Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010.
2) _____
3) _____
4) _____

Perugia,_____ In Fede

**********Spazio riservato all'Ufficio**********

ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12
Via Cestellini , snc – Ponte San Giovanni – 06135 PERUGIA Tel. 075 39 55 39 – fax 075 39 33 20
Email: pgic840009@istruzione.it **– PEC:** PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT **Sito:** www.istitutocomprensivoperugia12.it

Prot. n. Perugia,

VISTA la regolarità dell'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, ☐ **si autorizza** ☐ **non si autorizza** la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, e successive modificazioni.

Motivi dell'eventuale diniego:_____

_____

_____

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Simona Ferretti

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a_____
nato a _____Prov._____il _____,
residente a_____Prov._____Via_____
c.a.p. _____, in servizio presso _____
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, nonché di quanto dall'art. 20, co. 2, legge n. 102/2009 sul contrasto delle frodi in materia di invalidità civile, handicap e disabilità, nonché dall'art. 10, n. 3 del decreto legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito nella legge n. 122 del 30 luglio 2010 (danno patrimoniale all'erario per le false attestazioni mediche).
ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la mia responsabilità

DICHIARO, ai sensi della Circ. F.P. n. 13/2010, punto 7, DI:

1) prestare assistenza nei confronti di _____,
   nato a _____Prov._____il _____,
   disabile in situazione di gravità non ricoverato a tempo pieno per il quale sono chieste le agevolazioni previste per l'assistenza delle persone che si trovino in tale condizione;
   ovvero, di essere io stesso lavoratore disabile in situazione di gravità per cui necessito delle agevolazioni previste per la mia situazione di disabilità
2) che il lavoratore sia l'unico componente della famiglia, che assiste il familiare disabile;[1]
3) che, da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;

DICHIARO INOLTRE

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

b) 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

c) di impegnarmi a comunicare entro 30 giorni ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 7-bis, legge n. 104/1992 e Circ. Inps n. 155/2010, punto 4), in particolare ricovero a tempo pieno dell'assistito, revoca del giudizio di gravità, modifiche dei permessi richiesti, eventuale decesso del disabile;
d) *per il caso di congedo fino a 2 anni di cui all'art.42, co da 5 a 5-quinquies, del D.Lgs. 26/3/2001 n. 151)*, mi impegno a non esercitare alcuna attività lavorativa durante il periodo di congedo fruito, secondo quanto previsto dall'art. 4, co. 2, della legge n. 53/2000, richiamata dall'art. 42, co. 5-quinquies, del D.Lgs. n. 151/2001)

Perugia, In fede

[1] Dichiarazione da rinnovare annualmente, circa l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ESISTENZA IN VITA

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

e residente in _____(prov_____),

via _____n._____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

L'esistenza in vita del familiare disabile_____
Per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici.

Perugia,

Il/la dichiarante_____
(firma per esteso e leggibile)

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000. Può essere presentata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

N.B. Informativa ai sensi dell'art. del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 : i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AVVERTENZA : IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.