



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

pon
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

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
DOCENTI

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;



**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

**Modello n. 13
DOCENTI**

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

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 consegue 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.