

RICHIESTA DEI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92, ART. 33 e successive modifiche ed integrazioni.
Modulo per le dichiarazioni da rendere con le innovazioni introdotte dall'art. 24 L. 4/11/2010, n. 183
(v. Circ. INPS n. 155 del 3/12/2010 e n.45 dell'1/03/2011 e Circ. Dip. Funzione Pubblica n. 13 del 6/12/2010)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il ____/____/____ a _____ (prov. _____),
residente a _____ (prov. _____),
in via/piazza _____, n° _____,
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

CHIEDE

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

- ☐ genitore di _____, persona disabile di età inferiore a tre anni,
per la quale non fruisce del prolungamento del congedo parentale o dei riposi orari retribuiti di cui all'art. 42
del d. lgs n. 151 del 2001;
- ☐ genitore di _____, persona disabile di età superiore a tre anni;
- ☐ parente, affine o coniuge di _____, persona disabile;
- ☐ disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

- a. che la ASL _____ di _____, nella seduta del ____/____/____,
ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:
cognome e nome: _____,
grado di parentela/affinità¹: _____,
data e luogo di nascita (data adozione/affido): _____,
residente a _____, in via/piazza _____,
come risulta dalla certificazione che si allega (verbale della Commissione medica).
- b. che la persona per la quale vengono richiesti i permessi **è/ non è ricoverata** a tempo pieno presso istituti specializzati.

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); parente o affine entro il 2° grado (3° grado solo in casi eccezionali) (specificare se: padre, nuora ecc.).

- c. che **nessun altro familiare beneficia** dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
oppure
che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

[Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine di 3° grado in casi eccezionali:

- che i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità di cui sopra hanno compiuto sessantacinque anni di età, *oppure*: sono anch'essi affetti da patologie invalidanti, *oppure*: sono deceduti o comunque mancano].

- d. di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni, fatta salva l'azione disciplinare, possono effettuare i 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 e disporre la decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base della dichiarazioni non veritiere.

- e. di conoscere le seguenti **modalità di fruizione dei permessi**, previste dalla normativa.

La fruizione dei permessi **va concordata**, nella sua articolazione, con il datore di lavoro, al fine di contemperare le esigenze di organizzazione del lavoro con il diritto ai permessi derivanti dall'articolo 33 della Legge 104/1992. Il CCNL/Scuola 29/11/2007, all'art 15 comma 6 prevede che: "*I permessi di cui all'art. 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 ...- omississ -... devono essere possibilmente fruiti dai DOCENTI in giornate non ricorrenti*". Per quanto sopra, il/la richiedente si impegna a comunicare al D.S. le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, possibilmente con riferimento all'intero arco temporale del mese, salvo dimostrate situazioni di urgenza, per consentire l'organizzazione dei servizi e per limitare le ricadute negative derivanti dall'assenza.

- f. di sottoscrivere la seguente **dichiarazione di responsabilità e consapevolezza** prescritta dalla citata Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica c/o la Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 13 del 6/12/2010:

- Il/la sottoscritto/a presta assistenza nei confronti del disabile di cui sopra per il quale sono richieste le agevolazioni ovvero il/la sottoscritto/a necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità,
- Il/la sottoscritto/a è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza,
- Il/la sottoscritto/a 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 del disabile,
- Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (ad es.: venir meno della situazione di handicap, decesso del disabile, ricovero a tempo pieno, circostanza che due lavoratori prendono permessi per lo stesso disabile).

Colleferro, ____/____/____

In fede
Il/La dichiarante
