ALL.2

Al Dirigente Scolastico
dell'IIS BASILE D'ALEO

Oggetto: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge 104/1992.

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a _____il ____/____/____ in servizio presso _____

con completamento presso _____

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 (comma 6), della legge 104/1992 ai fini

dell'assistenza del Sig./ra _____ nato/a _____il ___/___/___,

C.F. _____ residente a _____, in Via n. _____, n.__,

con cui è legata dal seguente vincolo di parentela: _____

Il/La sottoscritto/a ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.,

dichiara

-[ ] di essere referente unico e nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

-[ ] di non essere referente unico (nome:_____, cognome:_____ del secondo referente dei permessi)

-l'altro genitore Sig./ra_____C.F. _____,

non dipendente/ dipendente presso _____,

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

-il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

-con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2°grado _____ ;

-con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado (barrare la voce che interessa) e costui:

- ❑ non è coniugato;
- ❑ è vedovo/a;
- ❑ è coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ❑ è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- ❑ è stato coniugato, ma il coniuge è deceduto;
- ❑ è separato legalmente o divorziato;
- ❑ è coniugato, ma in situazione di abbandono;
- ❑ ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- ❑ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ❑ ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

è a conoscenza che

la richiesta dei permessi è finalizzata non a far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente ad esigenze di tipo 'sanitario';
se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;
ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30gg;
la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili;
ai sensi dell'art.20, comma 3, della legge 102/2009, la scrivente può, ove ne ravvisasse i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno delle condizioni di invalidità ed handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92;
qualora la Commissione medica, nelle ipotesi di cui ai punti 2) e 3) di seguito indicati, non dovesse riconoscere i benefici di cui all'oggetto, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. copia conforme del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992.
In alternativa:

Nell'ipotesi di patologia oncologica ove, trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave non sia stato rilasciato dalla competente Commissione Medica ancora il verbale di cui al punto 1): 1.bis certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere.

2.dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;
3.nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
4.nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

_____, _____ IN FEDE

Firma del dipendente