Al Dirigente Scolastico

**I.C. “CASSANO MAGNAGO II”**

Via Santa Caterina, 1

21012 Cassano Magnago (VA)

Mail: vaic81600v@istruzione.it

**DOMANDA DI AMMISSIONE AI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE**

**(legge 104/1992 – art. 33 comma 3)**

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(COGNOME e NOME)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(LUOGO e DATA di NASCITA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(CODICE FISCALE)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(COMUNE di RESIDENZA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(INDIRIZZO)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(DIREZIONE o STRUTTURA DI APPARTENENZA)

**chiede di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il/la Sig./ra.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(COGNOME e NOME del DISABILE)

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prov.(\_\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con il quale è nella seguente relazione di parentela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il D.lgs n. 105/2022, il testo del nuovo art. 33 comma 3 della Legge 104 prevede: “fermo restando il limite complessivo dei tre giorni, per l’assistenza allo stesso disabile in situazione di gravità **il diritto può essere riconosciuto su richiesta a più soggetti che possono fruirne in maniera alternativa fra loro**”.

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,** dichiara che:

❒ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

❒ 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 con il quale sussite un rapporto di parentela / affinità di

3° grado:

* 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 patologia invalidante;
* è 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 i genitori affetti da patologia invalidante;

❒ è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta dell’impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera assistenza;

❒ 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 per l’effettiva tutela dei disabili;

❒ 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;

❒ si impegna a comunicare tempestivamente 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).

Si allega:

❒ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all’art. 4, comma 1, Legge 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 capo al soggetto che necessita di assistenza.

❒ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi

15 giorni (in caso di patologie oncologiche ) o 90 giorni ( per tutte le altre patologie) dalla

presentazione dell’istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora

rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non

appena disponibile).

❒ 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.

❒ 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.

❒ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Dipendente)

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

**(Da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.(\_\_\_\_\_\_\_)il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.(\_\_\_\_\_\_\_\_) cap.(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2008, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

* di non essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale dalla Commissione A.S.L. di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
* di non essere ricoverato a tempo pieno;
* di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
* di non prestare attività lavorativa;
* di essere parente di \_\_\_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di voler essere assistito soltanto dal/dalla Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov(\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (data) (firma)

**Informativa sintetica sulla privacy**

È in vigore il nuovo regolamento privacy 679/2016, pertanto ai sensi dello stesso in particolare gli articoli 7, 13, 15, 16, 17, 18 si comunica che i dati raccolti saranno gestiti ai sensi della norma in epigrafe e che il titolare del trattamento è il dirigente scolastico protempore dell’Istituto Comprensivo Cassano Magnago II. Il Responsabile della Protezione dei dati è il dott. Corrado Faletti reperibile al seguente indirizzo e-mail [direttore@ControllerPrivacy.it](mailto:direttore@ControllerPrivacy.it) . I dati trattati saranno utilizzati esclusivamente per la finalità di partecipazione all’iniziativa di cui al presente contratto non saranno trasferiti e resteranno a disposizione dell’interessato fino al termine della procedura.

L’informativa completa ed i dettagli sull’utilizzo dei dati sono presenti sul sito istituzionale della scuola al seguente link [www.comprensivocassanomagnago2.gov.it/amm-trasparente/gdpr-privacy](http://www.comprensivocassanomagnago2.gov.it/amm-trasparente/gdpr-privacy).

I dati conferiti sono indispensabili per l’esecuzione delle misure precontrattuali ed alla successiva esecuzione del contratto. L’interessato ha diritto ad accedere ai dati, alla rettifica e cancellazione ed alla ulteriore limitazione d’uso, nonché il diritto alla revoca del consenso e si proporre reclamo all’autorità di controllo, direttamente, [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) e/o per il tramite del Responsabile Protezione Dati indicato in precedenza. In caso di rifiuto al trattamento non sarà possibile per l’interessato partecipare all’iniziativa. Non vi sono trattamenti automatizzati del dato con logiche di profilatura dell’utente.

L’interessato dichiara di avere preso visione dell’informativa estesa ex art. 13 Reg. UE 679/16 e di esprimere il consenso, al trattamento dei dati per ogni altro fine ulteriore rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.