

FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



I.I.S. Galilei - Artiglio



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEI – ARTIGLIO"

Liceo Scientifico delle Scienze Applicate

Istituto Tecnico Tecnologico "G. Galilei"

Istituto Tecnico Tecnologico Trasporti e Logistica "Artiglio"

Via Aurelia Nord, 342 – 55049 Viareggio

Tel. 0584/53104/Fax 0584/53105

e-mail: luis01800n@istruzione.it pec: luis01800n@pec.istruzione.it

<http://www.iisgalileiartiglio.edu.it/>



CERTIFICATO N. 50 100 14484 Rev.005.



DOMANDA DI AMMISSIONE AI PERMESSI PER LEGGE 104/1992 ART.3 COMMA 3

Il/La sottoscritto.....nata/o
a.....(PR.....) il...../...../....., residente
a.....(PR.....), Vian.....

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 legge 104/1992 per poter assistere
il familiare con handicap grave di cui all'art. 3 comma 3 legge 104, o per se
stesso.

il/la Sig./ra.....
nato/a.....
il.....CF.....
residente a(PR.....)
(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)
distanza chilometrica tra le due abitazioni Km.....

(se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titoli di viaggio o simili)

con il quale è nella seguente relazione di parentela

☐ Genitore

☐ Figlio/a

☐ Coniuge

☐ Convivente

☐ Altro parente o affine entro il II grado (specificare).....

☐ Altro parente o affine entro il III grado (specificare).....

☐ Altra condizione prevista dalle norme (specificare).....

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art 76 del D.P.R. n. 4455/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

☐ Il disabile è in vita

☐ L'accertamento dell'handicap è:

☐ IRRIVEDIBILE

☐ RIVEDIBILE il/...../.....

☐ Il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata

☐ Il soggetto in situazione di disabilità grave è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata senza assistenza sanitaria continua

☐ Di essere referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun'altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave

☐ Di non essere referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

Nome.....Cognome.....

In servizio presso (indicare la struttura lavorativa).....

Recapito telefonico.....

E-mail.....

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di III grado (solo per dare assistenza ai familiari di III grado):

☐ E' vedovo

☐ E' coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età

☐ E' coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante

☐ E' stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato

☐ E' 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 con patologia invalidante

☐ E' consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

☐ E' 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;

☐ Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue 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 certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1, art 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)

☐ Copia del documento di riconoscimento del familiare disabile.

Viareggio,/...../.....

Firma del richiedente

.....

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Viareggio __/__/____

Firma per presa visione

.....