



Istituto Tecnico
“NOTARANGELO - ROSATI”

Via Napoli, 101
71122 Foggia

Cod. Mecc. FGTE020006

C.F. 94108600712



**Amministrazione, Finanza
e Marketing**

**Relazioni Internazionali
per il Marketing**

**Chimica e
Biotecnologie Sanitarie**

**Chimica e
Biotecnologie Ambientali**

**A.F.M. percorso 2^a livello
(serale)**

Al Dirigente Scolastico
I.T. “O. Notarangelo – G. Rosati” - Foggia

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

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 21 successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con grave disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

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 l'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 _____

- b. che la famiglia anagrafica storica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro



Istituto Tecnico
“NOTARANGELO - ROSATI”

Via Napoli, 101
71122 Foggia

Cod. Mecc. FGTE020006

C.F. 94108600712



**Amministrazione, Finanza
e Marketing**

**Relazioni Internazionali
per il Marketing**

**Chimica e
Biotecnologie Sanitarie**

**Chimica e
Biotecnologie Ambientali**

**A.F.M. percorso 2^a livello
(serale)**

di assistere in qualità di referente unico la persona sopra indicata;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

oppure (in caso di assistenza a figlio)

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;

oppure

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità ed unicità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado **conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori**, che possano fornirLe assistenza domiciliare e continuativa;

(Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado)

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornirLe assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate, eventualmente in aggiunta alla situazione lavorativa che impedisce l'assistenza domiciliare e continuativa)



Istituto Tecnico
“NOTARANGELO - ROSATI”

Via Napoli, 101
71122 Foggia

Cod. Mecc. FGTE020006

C.F. 94108600712



**Amministrazione, Finanza
e Marketing**

**Relazioni Internazionali
per il Marketing**

**Chimica e
Biotecnologie Sanitarie**

**Chimica e
Biotecnologie Ambientali**

**A.F.M. percorso 2^a livello
(serale)**

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:

- 1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
 - a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
 - b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile*, gli *assegni di invalidità INPS*, le *rendite INAIL*, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
 - c) età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
 - d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
 - e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
- 2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.
- 3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni 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 successive i. e m..

ALLEGA:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Il/la Dichiarante

Data _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione accertata come non veritiera.



Istituto Tecnico
“NOTARANGELO - ROSATI”

Via Napoli, 101
71122 Foggia

Cod. Mecc. FGTE020006

C.F. 94108600712



**Amministrazione, Finanza
e Marketing**

**Relazioni Internazionali
per il Marketing**

**Chimica e
Biotecnologie Sanitarie**

**Chimica e
Biotecnologie Ambientali**

**A.F.M. percorso 2^a livello
(serale)**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

Foggia,

La Dirigente Scolastica
Irene Patrizia Sasso