Alla Dirigente Scolastica
IIS Palazzolo Acreide

Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992 e ss.mm.ii. – a.s. 2025-2026

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. ___) il _____/_____/_____, residente a

_____(Prov. _____), Via _____n. _____

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di:

☐ Docente

☐ ATA

con contratto di lavoro a:

☐ tempo indeterminato

☐ tempo determinato

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

☐ *Cognome e nome* _____

☐ *rapporto di parentela* _____

Data di nascita _____/_____/_____, Comune di nascita _____(Prov. ___)

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____ (Prov.___)

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) con distanza chilometrica tra le due abitazioni di Km _____(se superiore a 150 Km dimostrare alla Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

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:

☐ il disabile è in vita;

☐ l'accertamento della disabilità:

- ☐ **IRRIVEDIBILE**
- ☐ **RIVEDIBILE** il _____/ ___/ _____

☐ il soggetto in situazione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

☐ di essere il <u>referente unico</u> quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato; **oppure**

☐ non essere il <u>referente unico</u>, 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 _____

☐ **Solo per dare assistenza a familiari di 3° grado**

Il soggetto in situazione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- ☐ 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 invalidanti;
- ☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, 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.

Si allegano:

- ☐ copia certificato ASL competente attestante lo stato di " disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- ☐ dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, alternativamente al/alla sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- ☐ copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- ☐ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti).

_____lì, _____/_____/_____

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, 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 dai 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.

_____lì, _____/_____/_____

PER PRESA VISIONE _____