ALLEGATO 1 ALLA CIRCOLARE N. 030

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART. 33, COMMI 3 E 6, LEGGE 104/1992

Alla Dirigente Scolastica dell'IIS Palazzolo Acreide

Il/La sottoscritto/a

_____

nato/a a _____ il _____/_____/_____,

codice fiscale _____,

in servizio presso l'IIS Palazzolo Acreide in qualità di

☐ Docente ☐ ATA

con contratto ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere,

CHIEDE

il riconoscimento dei benefici previsti dalla Legge 104/1992 per la seguente fattispecie:

A. ☐ BENEFICI PER LA PROPRIA PERSONA – art. 33, comma 6

B. ☐ BENEFICI PER ASSISTENZA AD ALTRA PERSONA – art. 33, comma 3

SEZIONE A – Benefici per la propria persona

Da compilare soltanto se è stata selezionata la voce A.

Dichiara di essere stato/a riconosciuto/a personalmente in situazione di disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992.

Il relativo verbale/certificazione è:

☐ non soggetto a revisione ☐ soggetto a revisione in data _____/_____/_____

Chiede di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della Legge 104/1992 secondo le modalità consentite dalla normativa vigente.

SEZIONE B – Benefici per assistenza ad altra persona

Da compilare soltanto se è stata selezionata la voce B.

Persona assistita: Cognome e nome

_____

nata/o a _____ il _____/_____/_____

C.F. _____

residente a _____ prov. _____

Rapporto con il richiedente:

☐ coniuge ☐ parte unione civile ☐ convivente di fatto ☐ parente/affine di 1° grado ☐ parente/affine di 2° grado ☐ parente/affine di 3° grado.

Dichiara che la persona assistita è riconosciuta in situazione di disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992.

Il relativo verbale/certificazione è:

☐ non soggetto a revisione ☐ soggetto a revisione in data _____/_____/_____

Dichiara inoltre:

☐ che la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno, salvo eventuale situazione rientrante nelle eccezioni previste dalla normativa;

☐ che per la stessa persona non vi sono altri beneficiari dei permessi ex art. 33, comma 3;

☐ **oppure** che vi sono altri beneficiari e pertanto viene allegato l'Allegato 2 relativo alla fruizione condivisa;

☐ che, se il rapporto è di parentela/affinità di terzo grado, ricorre almeno una delle condizioni previste dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/1992;

☐ che la distanza stradale tra la propria residenza e quella dell'assistito è di km _____; se superiore a 150 km, si impegna a documentare il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito nei casi previsti dalla legge.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Copia del verbale/certificazione attestante la situazione di gravità, con eventuale oscuramento dei dati sanitari non necessari

☐ copia del documento di identità del richiedente, se necessario

☐ documentazione/dichiarazioni relative al rapporto con la persona assistita, se necessarie

☐ Allegato 2, in caso di fruizione condivisa

☐ altro:_____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione delle condizioni dichiarate e ogni modifica della documentazione rilevante ai fini del beneficio.

Informativa privacy: i dati personali e le informazioni relative alla disabilità sono trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del rapporto di lavoro e dei benefici richiesti, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

Luogo e data _____

Firma _____

PALAZZOLO ACREIDE

Via A. Uccello, s.n.c.
96010
Palazzolo Acreide (SR)

Tel. 0931 882325
Fax 0931 876494

sris003005@istruzione.gov.it
sris003005@pec.istruzione.it
polivalentepalazzolo.edu.it

Cod. Min. SRIS003005
P. Iva/C.F. 93034000898
Cod. Univoco UFAGLK