

PERMESSO L. 104/92 PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

(D. Lgs 151/2001, art. 42; Legge 104/1992, art. 33 comma 3; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20)

Possono usufruire: GENITORI DI MAGGIORENNI - PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PERSONE MAGGIORI DI 3 ANNI- CONIUGI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A _____ **RICHIEDENTE**

COGNOME _____

NOME _____

in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di _____

con contratto a Tempo _____

CHIEDE

di fruire dei permessi indicati al **QUADRO D** in base al decreto legislativo n. 151/2001 e alla legge 104/92
(vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)

QUADRO B **DATI DELLA PERSONA CON CONDIZIONE DI HANDICAP**

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA _____

PROV. _____

- Figlio/a
- Figlio adottat /affidat :data provvedimento di adozione/affidamento
- Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc.).
- Convivente con il/la richiedente.
- Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sotto indicato
- in condizione di **handicap grave**, accertata dalla ASL di in data
- (vedi punto 2 AVVERTENZE)
- non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge

DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE

INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.) **CAP** **COMUNE DI RESIDENZA** **Tel**

Mod. Hand. 2 (Genitori di Maggiorenni/Familiari)

DICHIARA

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere le dichiarazioni di responsabilità di pag.3).

di non fruire, in **nessuno** dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili indicati al successivo QUADRO D, dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 comma 5 D. Lgs. 151/2001 per l'assistenza ai figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) in condizione di handicap grave.

di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza (1)

(1) Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza (**vedi avvetenze**)

QUADRO C COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONI DI HANDICAP GRAVE			
COGNOME e NOME	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO D PERMESSI MENSILI RICHIESTI					
Il/la sottoscritt/a richiede					
<input type="checkbox"/> il permesso per i seguenti giorni					
<input type="checkbox"/> e dichiara di avere già usufruito dei seguenti permessi nel corrente anno scolastico					
Settembre 20....	_____	Gennaio 20....	_____	Maggio 20....	_____
Ottobre 20....	_____	Febbraio 20....	_____	Giugno 20....	_____
Novembre 20....	_____	Marzo 20....	_____	Luglio 20....	_____
Dicembre 20....	_____	Aprile 20....	_____	Agosto 20....	_____

Mod. Hand 2 (GENITORI DI MAGGIORENNI/FAMILIARI)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(DA NON PRESENTARE SE GIA' ALLEGATA A PRECEDENTE DOMANDA)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap, o, per le persone con *sindrome di Down*, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato – legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94), o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero
- Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)

In caso di adozione:

- Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente
- Adozioni Internazionali (Legge 31/12/1998 n. 476): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizioni di handicap grave, da parte di altri familiari.

Data _____

Firma _____

DEL/DELLA RICHIEDENTE

DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO (1)

(1) La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

*(non necessaria per i soggetti con *sindrome di Down*)*

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____

Firma _____

DEL/DELLA RICHIEDENTE