

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 RISIEME 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....
Ottobre 20....	Febbraio 20....
Novembre 20....	Marzo 20....
Dicembre 20....	Aprile 20....
	Maggio 20....
	Giugno 20....
	Luglio 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