

**Oggetto: Richiesta per usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 della legge n. 104/1992**

(come modificato dalla Legge n. 183/2010, dal D.Lgs. n. 119/2011 e dal D.Lgs. n. 105/2022)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di:

- docente** con contratto  a tempo indeterminato  a tempo determinato  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  part-time orizzontale per n. ore \_\_\_ sett.li  part-time verticale  
per n. giorni lavorativi \_\_\_\_\_ ore \_\_\_ sett.li
- ATA** con contratto  a tempo indeterminato  a tempo determinato  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  part-time orizzontale per n. ore \_\_\_  part-time verticale per  
n. ore \_\_\_

in qualità di:

- coniuge, parente o affine per familiare entro il 2° grado (art. 33, comma 3)  
\_\_\_\_\_ (specificare il grado di parentela),
- parente o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado (art. 33,  
comma 3) \_\_\_\_\_ (specificare il grado di parentela)

dell'assistito \_\_\_\_\_ (cognome/nome) nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_)

**chiede** di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992 a favore dell'assistito sopra dichiarato.

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:**

- di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere;
- di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere (con riserva di presentare, al rientro in servizio, la documentazione che attesti che il/la sottoscritto/a dichiarante si è effettivamente recato presso la residenza del familiare da assistere);
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con disabilità;
- che un altro familiare beneficia alternativamente dei permessi per la stessa persona con disabilità, nel limite complessivo di tre giorni mensili: (specificare)  
(grado di parentela) \_\_\_\_\_ (cognome/nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_), lavoratore dipendente presso  
\_\_\_\_\_

- che la persona con disabilità non è ricoverata a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare INPS n. 155 del 3 dicembre 2010 e successive modificazioni e integrazioni;
- che la persona con disabilità con cui sussiste un rapporto di parentela / affinità sino al 3° grado
  - è coniugato
  - è vedovo
  - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
  - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante
  - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto
  - è 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
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza alla persona con disabilità, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sostengono per l'effettiva tutela delle persone con disabilità
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni previste:
  - decesso
  - revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità
  - ricovero a tempo pieno
  - la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL
  - utilizzo di permessi da parte di altri familiari
- di essere consapevole che l'amministrazione potrà eseguire controlli volti alla verifica delle dichiarazioni sostitutive rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di impegnarsi a presentare a codesta Amministrazione singole richieste di permesso giornaliero (max 3 gg. al mese, anche continuativi) ogni qual volta sia necessario al sottoscritto/a richiedente con un preavviso di almeno cinque giorni e, comunque, per ogni altro caso previsto con esigenza da documentare;
- di aver ricevuto l'informativa fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e degli artt. 13-14 del GDPR, e si impegna a comunicare per iscritto ogni eventuale correzione, integrazione e/o aggiornamento dei dati forniti
- di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa

**Si allega:**

- copia del documento di identità e codice fiscale, in corso di validità della persona assistita;
  - copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1 della L. n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza
- esito del verbale è:  NON RIVEDIBILE  RIVEDIBILE alla data del \_\_\_\_\_
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena

disponibile)

- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico nei casi previsti
- provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)

**“Informativa ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679”**

*I dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:*

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza e saranno conservati presso le sedi competenti per l'esecuzione di un compito connesso all'esercizio di pubblici poteri;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento 679/2016;
- il Titolare del trattamento dei suoi dati personali è L'Istituto Comprensivo Enzo Biagi rappresentato dal Dirigente Scolastico, domiciliato presso la sede dell'istituto, Via Orrea, 23 00123 Roma
- Il Responsabile per la protezione dei dati personali (DPO) Vargiu Scuola s.r.l., può essere contattato tramite e-mail: [assistenza@vargiuscuola.it](mailto:assistenza@vargiuscuola.it)