

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. MARIA CAPOZZI
Via E. Bonifazi, 64
00167 Roma

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO SCOLASTICO _____

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

GENITORI DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORENNI
PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORI DI 3 ANNI
CONIUGI DI PORTATORI DI HANDICAP
(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A			R ICHIEDENTE		
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA			
				/ /	
COMUNE DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE		
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)		COMUNE DI RESIDENZA		PROV	
CAP N. TELEFONICO					

CHIEDE

- ☐ di fruire dei permessi indicati al **QUADRO D** e della relativa indennità qualora spettante in base al decreto legislativo n.151/2001 e alla legge 104/92

QUADRO B DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE		
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
		/ /
COMUNE DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)	COMUNE DI RESIDENZA	PROV
CAP N. TELEFONICO		
☐ Figlio/a		
☐ Figlio/a 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 sopra indicato		
☐ portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____		
☐ 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 104/92		

DICHIARA

- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap (oppure)
- ☐ che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap 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 la dichiarazione di responsabilità)
- ☐ 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 del D.lgs. 151/2001 per l'assistenza ai figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) con handicap grave
- ☐ di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, 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)

Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza

Quadro C COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE			
Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

Quadro D	PERMESSI MENSILI RICHIESTI
Il/la sottoscritto/a richiede	
☐ GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3 giorni) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO	
☐ GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 18 ore) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO	

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- ☐ Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
- ☐ Altro (indicare) _____

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 portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, 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 portatore di handicap alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori.

In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:

Denominazione Ditta _____

Indirizzo e Località _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

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 dell'handicap del minore per il 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