AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO

DI GENZANO DI LUCANIA

OGGETTO: **DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PERMESSI RETRIBUITI ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORI DI HANDICAP (LEGGE 05.02.1992 N. 104 ART.33) – PERSONALE DOCENTE ED ATA**

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IN SERVIZI PRESSO QUESTO ISTITUTO A TEMPO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN QUALITA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

AI SENSI DELL’ART. 33 DELLA LEGGE DEL 05.02.1992 N. 104, DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER L’ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PER PRESTARE ASSISTENZA AL PORTATORE DI HANDICAP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* DI POSSEDERE I REQUISITI RICHIESTI DALLA LEGGE PER USUFRUIRE DEI PERMESSI RETRIBUITI;
* DI COMUNICARE I GIORNI O I PERIODI DI ASSENZA IN TEMPO UTILE;
* DI COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI DELLA STRUTTURA SANITARIA, DELLE NOTIZIE O DELLE SITUAZIONI AUTOCERTIFICATE RELATIVE ANCHE ALL’ESISTENZA IN VITA DEL PORTATORE DI HANDICAP;
* CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE BENEFICIA DEI PERMESSI E DELLE AGEVOLAZIONI DI CUI ALL’ART. 33 DELLA LEGGE 104/1992 PER LO STESSO PORTATORE DI HANDICAP;
* CHE SIA L’UNICO SOGGETTO IN GRADO DI PRESTARE AL PORTATORE DI HANDICAP ASSISTENZA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA;
* CHE IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP NON E’ RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI;
* CHE IL CERTIFICATO RILASCIATO DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E’ DEPOSITATO PRESSO I VOSTRI UFFICI E CHE NON SI E’ PROCEDUTO A RETTIFICA O NON E’ STATO MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA’ DELL’HANDICAP DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA.

\_\_\_L\_\_\_ SOTTOSCRITT\_\_\_ DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, AI SENSI DELLE DISPOSIZIONI DI LEGGE CONTENUTE NEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000, CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO AL VERO E DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA’ AMMINISTRATIVE, CIVILI E PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE O FRAUDOLENTI DIRETTE A GODERE INDEBITAMENTE I SUDDETTI BENEFICI.

GENZANO DI LUCANIA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, ED IN APPLICAZIONE DELL’ART. 23 DECRETO LEGISLATIVO DEL 30/06/2003 N. 196 E NEL PIENO RISPETTO DEL TITOLO II PER I DIRITTI DELL’INTERESSATO, AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, RACCOLTI CON I SISTEMI E PROGRAMMI INFORMATICI PER LE FINALITA’ STRETTAMENTE CONNESSE ALLE FUNZIONI ISTITUZIONALI.