AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"DI CHIGNOLO PO"
Via Marconi, 3
27013 – CHIGNOLO PO

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO .....

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

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A – RICHIEDENTE

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
.....	.....	.....

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE
.....	.....	.....

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, N. CIVICO, FRAZ. ECC.)	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
.....	.....	.....

CAP	N. TELEFONO
.....	.....

CHIEDE

di fruire dei permessi indicati nel quadro D e della relativa indennità qualora spettante in base al D.L.vo N. 151/2001 e alla legge 104/92 (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)

DICHIARA

☐ Di svolgere attività lavorativa alle dipendenze dell'ISTITUTO COMPRENSIVO DI CHIGNOLO PO in indirizzo con la qualifica di .....

QUADRO D – PERMESSI MENSILI RICHIESTI

Il/la sottoscritto/a richiede

☐ GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO (VEDI AVVERTENZE)

NEI SEGUENTI MESI

☐ GENNAIO	☐ APRILE	☐ LUGLIO	☐ OTTOBRE
☐ FEBBRAIO	☐ MAGGIO	☐ AGOSTO	☐ NOVEMBRE
☐ MARZO	☐ GIUGNO	☐ SETTEMBRE	☐ DICEMBRE

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
(da non presentare se già allegata a precedenti domande)

☐ 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:

- La revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL;
- Le modifiche ai periodi di permesso richiesti

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consente a quanto indicato ai punti.....

Data ..... Firma .....
(del/della richiedente)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in 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 per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dall'ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data ..... Firma .....
del/della richiedente

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) RAPPORTO DI LAVORO

Gli interessati devono essere titolari di un rapporto di lavoro dipendente, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi, con obbligo di svolgimento di attività lavorativa.

2) BENEFICIARI

Genitori, compresi gli adottivi, o affidatari di figli maggiorenni, parenti o affini entro il 3° grado, coniuge, di soggetti: con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992:

- o dalla competente Commissione ASL
- oppure dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione ha validità per sei mesi)

non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati

3) PERMESSI SPETTANTI

Tre giorni di permesso mensile, frazionabili anche in sei mezze giornate.

4) CONDIZIONI E MODALITA' DI FRUIZIONE

- I permessi spettano in via alternativa trai due genitori
- Spettano anche se l'altro genitore non ne ha diritto (perché, ad esempio, è casalingo/a, lavoratore/trice autonomo/a, ecc.)
- Non è richiesta la convivenza con il soggetto portatore di handicap:

  Se conviventi

  – Genitore richiedente
  I congedi spettano anche se in famiglia sono presenti altri soggetti non lavoratori, compreso l'altro coniuge

  – Altri familiari richiedenti (compreso il coniuge)
  Deve essere dimostrata l'impossibilità per altri familiari maggiorenni conviventi, non lavoratori o non studenti, compreso l'altro genitore che non lavora, di prestare assistenza (ad esempio per grave malattia, età superiore a 70 anni unita a invalidità, inabilità al lavoro, presenza nel nucleo familiare di altri figli minori di 6 anni, ecc).

  Se non conviventi

  I congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa:

  – **L'esclusività** dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo familiare del soggetto handicappato sono presenti familiari maggiorenni, compresi i genitori, non lavoratori, in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano di permessi per lo stesso;
  – La continuità non è dimostrabile in caso di oggettiva lontananza dall'abitazione del portatore di handicap.

- I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.
- In caso di part-time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.
- I 3 giorni di permesso, complessivamente spettanti ad entrambi i genitori conviventi con il portatore di handicap, se richiesti contemporaneamente, possono anche coincidere (esempio: madre lunedì e martedì, padre martedì).

5) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica o dallo specialista della competente ASL.

6) RINNOVO ANNUALE

La domanda va presentata annualmente. Va anche dichiarato che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap.

7) INCOMPATIBILITA'

Durante i mesi in cui viene fruito il congedo straordinario di cui all'art. 42 comma 5 D.L.gs. n. 151/2001 (congedo massimo di due anni per i genitori o, nei casi previsti, fratelli) nessun altro soggetto può fruire dei permessi di tre giorni mensili dell'art. 33, comma 3 della legge 104/1992.