

Personale DOCENTE	Domanda iniziale art. 33 L. 104/92	007d_pers_gen14
-------------------	------------------------------------	-----------------

Prot. n° _____ / _____ del ____ / ____ / ____
Riservato all'ufficio

Al Dirigente scolastico
Istituto Ettore Conti
Via A. De Vincenti, 11
20148 - Milano

OGGETTO: Domanda iniziale art. 33 L. 104/92

...l.... sottoscritt.....

- nat.... il a (Prov.)
- residente a (Prov.) in Via /Piazza , n°
- in servizio presso questo Istituto, in qualità di docente di
- con contratto a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

CHIEDE

di beneficiare dei Permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- ☐ **soggetto** portatore di handicap
- ☐ **figlio** di soggetto portatore di handicap
- ☐ **coniuge** di soggetto portatore di handicap
- ☐ **genitore** di soggetto portatore di handicap
- ☐ parente entro il 3° grado del soggetto portatore di handicap

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (DPR 445/2000)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

di essere l'**unic....** ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per l'assistenza di:

.....

Milano, li

Firma:

Allega alla presente la "Scheda informativa art. 33 L. 104/92".

VISTI l'istanza dell'interessat.... e gli atti d'Ufficio SI PRENDE ATTO Il Dirigente scolastico
--



ISTITUTO STATALE ETTORE CONTI



Istituto Tecnico Industriale – Liceo Scientifico SA
Via A. De Vincenti, 11 – 20148 Milano Tel. 02/405008-9 Fax 02/40070327

SCHEDA INFORMATIVA ART. 33 L. 104/92

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		CAP; Prov.	
Residenza		Via, n°		CAP	
Domicilio		Via, n°		CAP	
Qualifica	Docente	Sede:	Istituto Ettore Conti - Via A. De Vincenti, 11 – Milano		
Contratto a tempo		☐ indeterminato ☐ determinato per n° h ☐ Tempo pieno ☐ Part Time per h ...			
Tel.		E_mail		Al Conti dal	
Usufruito permessi L. 104 prima	☐ sì ☐ no	Dove e Quando:			

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		CAP; Prov.	
Residenza		Via, n°		CAP	
Domicilio		Via, n°		CAP	
Qualifica		Sede			
Rapporto di parentela con il richiedente		☐ Sé stesso ☐ genitore ☐ coniuge ☐ figlio ☐ parente entro 3°grado			
Portatore di handicap grave accertato dall'ASL di:				in data:	
Disabilità rivedibile	☐ sì ☐ no	Anno di revisione		Diritto revocato	☐ sì ☐ no
Minore di 3 anni	☐ sì ☐ no	motivo	☐ Decesso ☐ miglioramento ☐ se ne occupa un altro		
(Informazioni per i figli inferiori ad anni 3)	Ricoverato a tempo pieno	☐ sì ☐ no	Ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati		☐ sì ☐ no
CONVIVENTE	☐ sì ☐ no				

STATO DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Rapporto di parentela	Professione (*)

(*) Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di **inabilità lavorativa** al 100% o **invalidità civile** superiore ai 2/3 (in questi ultimi casi vanno allegate le relative **certificazioni**).

Avvertenza

- Se altri familiari **non lavoratori** convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato da **certificazione medica**.
- In caso di presenza di **lavoratore** deve essere prodotta **autocertificazione**.

IN CASO DI NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente

- ☐ **dichiara** di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.
- ☐ **indica**
- la distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap: Km
 - il tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore

SIA IN CASO DI CONVIVENZA CHE NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente

- ☐ **dichiara**, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

ELENCO FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Rapporto di parentela	Professione (*) (**)

(**) In caso di presenza di **lavoratore** deve essere prodotta **autocertificazione**.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (DPR 445/2000)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA che:

- ☐ le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- ☐ è 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 perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- ☐ il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- ☐ il dipendente necessita delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;
- ☐ il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- ☐ il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Milano,

Firma:

ALLEGATI

- ☐ Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- ☐ Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'ASL)
- ☐ Altra documentazione:

.....

.....