Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO

“QUINTINO DI VONA”

Cassano d’Adda

MODULO RICHIESTA BENEFICI ART. 3 COMMA 3 LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA FAMILIARE/AFFINE

**DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a | | | |  | | | | | Codice fiscale | | |  | | | | |
| data di nascita | | |  | | luogo di nascita | | | | |  | | | | | Prov. |  |
| residenza | |  | | | | Via | |  | | | | | Tel. |  | | |
| qualifica |  | | | | | | | sede di servizio | | |  | | | | | |
| □ Con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| □ Con contratto a Tempo Determinato fino al | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| □ Tempo pieno | | | | | | | □ Part-time \_\_\_\_\_\_\_\_\_% | | | | | | | | | |

**DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome | | |  | | data di nascita | | | |  |
| residenza |  | | | Via | |  | | | Tel. |  | |
| Portatore di handicap grave accertato da | | |  | | | | | in data | |  | |
| Rapporto di parentela con il richiedente | | |  | | | | | | | | |

RICOVERATO A TEMPO PIENO □ SI □ NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati □ SI □ NO

**(per i figli inferiori anni 3)**

**CONVIVENTE** □ SI □ NO

**IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Attività/Professione** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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 (Allegato “A”). 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 come da modello (Allegato “B”)

**IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE:**

**□ di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità l’assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun’altra persona è in grado di prestargli assistenza.**

□ Distanza chilometrica tra l’abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□ Tempo necessario per raggiungere l’abitazione del portatore di handicap ore **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□ Precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Attività/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, vanno comunque 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 (Allegato “A”). 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 come da modello (Allegato “B”)
* Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell’assistito.

□ **Dichiara, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatori di handicap.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Attività/Professione** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Avvertenza:**

* In caso di presenza di altri familiari lavoratori deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato “B”)

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’**

**Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello 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 comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta.**

Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si conferma che il Sig./Sig.a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ha sottoscritto l’istanza in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**o in alternativa** allegare fotocopia di un documenti di identità (non autenticato)

**ALLEGATI**

* copia del verbale definitivo/provvisorio della apposita Commissione Medica di cui all’art. 4, comma 1, L. 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 legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);

# dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l’assistenza prevista dai termini di legge.

* nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
* fotocopia documento di identità in corso di validità.
* altra documentazione: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N.B.: Si fa presente che la domanda verrà evasa nei termini previsti dalla L. 241/ (entro 30 giorni dalla data di ricevimento al protocollo generale). Qualsiasi integrazione di documentazione richiesta interrompe il suddetto termine.**

**I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l’Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi.** I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

Visto: **Il Dirigente Scolastico**

**Prof.ssa Aurora Maria Roncaglia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ALLEGATO **A** |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | | |  | | | | | |
| nato/a il |  | | | a |  | | | |
| Residente a | |  | | in Via | |  | N°. |  |

**Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticato).

Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA (art. 10 L. 675/1996)**  L’Istituto Comprensivo “Quintino di Vona” di Cassano d’Adda (MI) informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all’assolvimento da parte dell’Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della L. 675/96. Titolare del trattamento dei dati è l’Istituto Comprensivo “Quintino di Vona” di Cassano d’Adda. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |  |
| dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.  Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ALLEGATO **B** |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | | |  | | | | | |
| nato/a il |  | | | a |  | | | |
| Residente a | |  | | in Via | |  | N°. |  |

**Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA QUANTO SEGUE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | Di essere lavoratore dipendente presso la ditta | | | | |  | | | | |
|  | Via |  | | | N° | |  | città | |  |
| □ | Altro: | |  | | | | | | | |
|  |  | | (specificare attività) | | | | | | | |
| □ | Dichiara, inoltre, di **NON** usufruire dei permessi di cui all’art. 33 Legge 104/92 per l’assistenza | | | | | | | | | |
|  | al familiare | | |  | | | | |  | |

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticato).

Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA (art. 10 L. 675/1996)**  L’Istituto Comprensivo “Quintino di Vona” di Cassano d’Adda (MI) informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all’assolvimento da parte dell’Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della L. 675/96. Titolare del trattamento dei dati è l’Istituto Comprensivo “Quintino di Vona” di Cassano d’Adda. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |  |
| dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.  Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |