

Oggetto: Domanda per usufruire dei benefici previsti dalla legge 104/92 per lavoratori, coniugi, parenti o affini entro il 3° grado di portatore di handicap non lavoratore.

 1 sottoscritt _____ in servizio presso
l'Istituzione scolastica _____, residente in
_____ Via _____ C.A.P.
_____, Tel. _____ e domiciliato in (da indicare se diverso dalla residenza)
_____, Via _____, C.A.P. _____, Tel.

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della legge 104/92, consistenti in 3 giornate di permesso retribuito al mese:

- a titolo personale;
- per assistenza nei confronti del/della sig./ra _____,
grado di parentela _____ affetto/a da handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 104/92.

PRODUCE

a tal fine il relativo certificato medico rilasciato dalla ASL territorialmente competente.

Il campo sottostante dovrà essere compilato soltanto in caso di fruizione dei benefici di cui alla L. 104/1992 per assistenza ad un familiare disabile.

Il/la sottoscritto/a consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità penale e civile, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- che la persona assistita, affetta da handicap grave non è lavoratore e non è ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura specializzata;

- che nel nucleo familiare non sono presenti soggetti non lavoratori in grado di assistere la persona handicappata;
- di prestare assistenza in via **esclusiva e continuativa**, in quanto unico soggetto in grado di prestare assistenza, vale a dire:
 - nel nucleo familiare del disabile non è presente alcun familiare maggiorenne non lavoratore in grado di assisterlo;
 - nel nucleo familiare del disabile non è presente alcun familiare lavoratore che beneficia di permessi per il disabile stesso;
- che nessuna altra persona (parente o affine entro il 3° grado) usufruisce in via esclusiva dei permessi in questione;
- di prestare assistenza **in via alternativa** con il sig. _____ grado di parentela _____, fermo restando il limite di 3 giorni mensili.

Si allega in copia:

- verbale della Commissione medica da cui risulti la situazione di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della 104/1992 propria o del familiare da assistere;
- dichiarazione sottoscritta dal familiare disabile contenente la manifestazione di volontà di volersi far assistere dal richiedente il permesso con allegata la copia di un valido documento di riconoscimento;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti lo status di referente unico o di condivisione della fruizione dei permessi con altro familiare, per l'assistenza al familiare disabile;
- dichiarazione, eventuale, degli altri familiari che fruiscono alternativamente dei giorni di permesso, con indicazione dettagliata e contatti del datore di lavoro di ciascuno;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti che il familiare disabile non sia ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere pubbliche o private che ne assicurino l'assistenza sanitaria.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati sopra dichiarati.

Roma,

Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 13 del Regolamento UE 679/2016)

Il Ministero dell'Istruzione e del merito, in qualità di Titolare del trattamento, desidera, con la presente informativa, fornirLe informazioni circa il trattamento dei dati personali che La riguardano.

Titolare del trattamento dei dati

Il Titolare del trattamento dei dati è il Ministero dell'Istruzione e del merito con sede in Roma presso Viale di Trastevere, n. 76/a 00153 Roma, al quale ci si potrà rivolgere per esercitare i diritti degli interessati, PEC drla@postacert.istruzione.it

Responsabile per la protezione dei dati

Il Responsabile per la protezione dei dati personali del Ministero dell'Istruzione è stato individuato con DM n. 215 del 04.08.2022 nella Dott.ssa Alessia Auriemma, Dirigente dell'Ufficio III -Protezione dei dati personali del Ministero – della Direzione generale per la comunicazione e le relazioni istituzionali.

Il RPD potrà essere contattato al seguente indirizzo: rpd@istruzione.it

Finalità del trattamento e base giuridica

Finalità del trattamento è l'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di legge relativi alla gestione del rapporto di lavoro e alla fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92. Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento.

Obbligo di conferimento dei dati

I dati da Lei conferiti hanno natura obbligatoria per il conseguimento delle finalità di cui sopra.

I destinatari del trattamento

I dati potranno essere comunicati ad altre Pubbliche Amministrazioni in coerenza con le finalità del trattamento.

Trasferimento di dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali

I dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso altri paesi europei o extra-europei.

Periodo di conservazione dei dati personali

Al fine di garantire un trattamento corretto e trasparente i dati sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati conformemente a quanto previsto dagli obblighi di legge.

Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto di chiedere al titolare del trattamento dei dati:

- L'accesso ai propri dati personali disciplinato dall'art. 15 del Regolamento UE 679/2016;
- La rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento previsti rispettivamente dagli artt. 16,17 e 18 del Regolamento UE 679/2016;
- La portabilità dei dati (diritto applicabile ai soli dati in formato elettronico) disciplinato dall'art. 20 del Regolamento UE 679/2016;
- L'opposizione al trattamento dei propri dati personali di cui all'art. 21 del Regolamento UE 679/2016.

Diritto di reclamo

Gli interessati nel caso in cui ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti sia compiuto in violazione di quanto previsto dall'art. 77 del Regolamento UE 679/2016 stesso, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento UE 679/2016 stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi dell'art. 79 del Regolamento UE 679/2016.

Processo decisionale automatizzato

I dati conferiti non saranno trattati con strumenti decisionali automatizzati.

Data _____

Firma _____

Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.

Il/La _____ sottoscritto/a _____

nat _____ a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____, residente a _____ (Prov. _____), Via _____ n. _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

Docente

ATA (AA)

ATA (CS)

con contratto di lavoro a:

tempo indeterminato

tempo determinato

presso:

Uffici Segreteria - Sede _____

Scuola Infanzia - Plesso/i _____

Scuola Primaria - Plesso/i _____

Scuola Primaria - Plesso/i _____

Scuola Secondaria I grado - Plesso/i _____

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome _____

rapporto di parentela _____

Data di nascita ____/____/_____, Comune di nascita _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ (Prov. _____)

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km _____

(Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

il disabile è in vita;

l'accertamento dell'handicap è:

IRRIVEDIBILE

RIVEDIBILE il ____/____/____

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010)

di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso persona in situazione di disabilità grave;

di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

Nome _____ Cognome _____

In servizio presso (indicare la struttura lavorativa) _____

Recapito telefonico datore di lavoro: _____

E-mail datore di lavoro _____

Solo per dare assistenza a familiari di 3°

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

è coniugato;

coniugato/a;

è vedovo/a;

è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;

è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;

è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;

è coniugato ma in situazione di abbandono;

ha uno o entrambi i genitori deceduti;

ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;

ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega:

copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);

dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;

copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;

dichiarazione dalla quale risulti che il familiare disabile non sia ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o pubbliche o private che ne assicurino l'assistenza sanitaria;

ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

_____, _____ li, ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi

legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

_____, li, ____/____/____ PER PRESA VISIONE _____

Dichiarazione del portatore di handicap grave
Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ C.F. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

- consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000;

-con riferimento al proprio handicap e alla necessità di assistenza da parte di un familiare

DICHIARA

di aver scelto a tal fine:

(scrivere il cognome e il nome preceduto dal grado di parentela: madre, figlia, ...)

Guidonia Montecelio, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.