



Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
" F. P. Michetti " Francavilla

DOMANDA DI PERMESSI PER DIPENDENTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
Comune (o stato estero) di nascita Provincia

codice fiscale _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Via _____ n. _____ CAP _____ telefono _____

CHIEDE

di fruire dei permessi di cui all'art. 33 legge 104/1992 in quanto portatore di handicap grave
accertato dalla ASL di _____ in data _____ secondo la seguente modalità:

- ☐ due ore di permesso retribuito giornaliero
☐ tre giorni di permesso mensile
☐ 18 ore mensili

Il dipendente richiedente dichiara che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del 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;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni

Data _____ firma del richiedente _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Copia del Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap; qualora il certificato non fosse ancora stato rilasciato, in attesa di questa documentazione è possibile allegare il certificato del medico specialista ASL. Per le persone affette da sindrome di Down è sufficiente il certificato dal medico di base (con allegata copia del cariotipo sulla cui base il medico ha rilasciato la certificazione, art. 94 legge 27/12/02 n° 289).

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

(la presente dichiarazione non deve essere resa in relazione ai soggetti affetti da patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante – D.M. economia e Finanze 02/08/2007 G.U. 27/09/2007 n. 225). Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false e fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione della ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____ firma del richiedente _____