**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE “AZUNI”**

**DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (max. 12 mesi)**

**PER L’ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONI DI HANDICAP GRAVE**

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

**GENITORI DI MAGGIORENNI, PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PERSONE MAGGIORI DI 3 ANNI. CONIUGI**

**(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente dell’Istituto di Istruzione Superiore “Azuni” in qualità di (docente/ assistente amministrativo/ collaboratore scolastico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo:

determinato indeterminato

part-time full-time

in servizio presso la sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di poter fruire dei permessi previsti dall’art. 33 L. 104/92 per il Sig./ra:

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e Comune di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* figlio/a biologico/a
* figlio/a adottat/affidat : data provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio

nipote, coniuge, ecc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* convivente con il/la richiedente
* non convivente con il/la richiedente e residente all’indirizzo sopraindicato (distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. \_\_\_\_\_\_\_ tempi medi di percorrenza **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**)
* in condizione di handicap grave, accertata dalla ASL

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* non ricoverato/a a tempo pieno
* non impegnato/a in attività lavorativa e non beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice)

dei permessi previsti dalla legge 104/92

A tal fine dichiara:

* che nessun altro parente beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizioni di

handicap grave

(oppure)

* che l’altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto im condizioni di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l’altro genitore è tenuto a sottoscrivere una

dichiarazione di responsabilità)

* di non fruire in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili richiesti, dei

congedi straordinari previsti dall’art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 per l’assistenza

ai figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) in condizioni di handicap grave

* di non essere convivente con il soggetto in condizioni 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

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

**(DA NON PRESENTARE SE GIA’ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)**

* Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della

condizione di handicap, o, per le persone con sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del “cariotipo” sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato -legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94), o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell’attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero

* Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
* Altro (indicare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In caso di adozione:**

* Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento o copia del documento rilasciato dall’Autorità competente
* Adozioni internazionali: (Legge 31/12/1998 n. 476): certificato dell’Ente autorizzato, da cui risulti l’adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l’avvio del procedimento di “convalida” presso il giudice italiano.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_