

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "A. De Curtis"
Palma Campania (NA)

Oggetto: *ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE*
(Legge n. 104/1992 art. 3 comma 3).

Io sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ in servizio presso
questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, secondo le seguenti modalità:

- ☐ n. 3 (tre) giorni al mese;
☐ n. 2 (due) ore giornaliere

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle stabilite e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000) e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA CHE:

- ☐ l'ASL di _____, nella seduta del _____,
ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), con data di rivedibilità al _____/senza data di rivedibilità, come risulta dalla certificazione ASL che si allega / che trovasi già acquisita agli atti della scuola;
- ☐ in attesa della convocazione a visita di accertamento (essendo decorsi 90 giorni dalla predetta istanza) lo stato di handicap grave della persona sopra indicata risulta accertato dal medico specialista ASL della patologia inerente l'handicap, come risulta da certificazione provvisoria che si allega;
- ☐ 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- ☐ si impegna a comunicare al Dirigente scolastico – mediante elaborazione di apposito piano mensile - le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione dei servizi.
- ☐ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).
- ☐ che, preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta:
- 1) al trattamento di eventuali dati sensibili;
 - 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- **copia del verbale** 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 statodi "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).

- **certificato del medico specialista** nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

- **certificato del medico specialista** nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n.278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stessosi impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

_____ li _____

Firma
