

Richiesta di ammissione ai permessi retribuiti previsti dall'art. 33, comma 6, della L.104/92 e s.m.i. da parte di lavoratore dipendente in condizione di disabilità grave.

**Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo Statale
"Caiati – Don Tonino Bello"
di Bitonto/Palombaio/Mariotto (BA)**

Il/la sottoscritt _____ nat _ il ____

a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

_____ con contratto di lavoro a _ t. ind.to _ t. det.to presso questo Istituto

C H I E D E

di poter usufruire dei permessi retribuiti di cui all'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92, e successive modificazioni, in quanto lavoratore con handicap in situazione di gravità, secondo la seguente modalità: _____

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:

- di avere necessità delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione personale;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (a titolo di esempio, la revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave a seguito della visita di revisione);
- di essere 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;
- che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale

☐ l'accertamento dell' handicap è _____ **IRRIVEDIBILE** _____ **RIVEDIBILE** il _____

ALLEGA: (allegare uno dei due documenti di seguito descritti)

☐ *Copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, della Legge n. 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 n. 104/1992.*

☐ *Certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave (allegare anche copia della suddetta istanza), non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione medica (verbale che dovrà essere presentato non appena disponibile).*

MODELLO A2

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 o tramite mail, 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.