AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO MAGISTRALE STATALE "REGINA MARGHERITA" - PALERMO

(D.Lg	MANDA ANNUAL PER L'ASSISTE s. 151/2001, art. 4 PARENTI O AFFI	NZA A S 12; Legge GE	OGGE 104/19 NITC	TTI IN <i>CO</i> 1992, art. 33 DRI DI MAG	NDIZIONE DI HA comma 3; Legge 53 GGIORENNI	ANDICAP GRA 1/2000, art. 19	AVE De art. 20)
				CONIUG	I		
	(Scriver	e in stam	patello	e barrare	le caselle che int	eressano)	
Quadro	4			RICHIE	DENTE		
COGNOME				OME	.001110	Data di Nascita	
(COMUNE	Prov.	CODI	CE FISCALE			
	INDIR	ZZO		COMUNE DI R		ESIDENZA Prov.	
	.						
CAP.	TELEFONO						
			•	CHIEDE			
			•	JIILDL			
	re dei permessi indic tivo n. 151/2001 e al			e della relativ	va indennità qualora	spettante in bas	se al decreto
legisie		a legge 10	1/ 52.				
Quadro B	DATI	DELLA F	PERSC	DNA IN CO	ONDIZIONE DI	HANDICAP	
COGNOME			N	OME		Data di N	ascita
				45 534415			
(COMUNE	Prov.	CODI	CE FISCALE			
DAT	I DI RESIDENZA D	A TNIDTCA	DE SC	OLO SE NIVE	DST DA QUELLT D	EL DICHTENEN	TE
DAT	I DI RESIDENZA E	A INDICA	INL 30	LO SE DIVE	NOT DA QUELLE DI	LL KICHILDLIN	, ,
	INDIR	ZZO			COMUNE DI R	RESIDENZA	Prov.
					ı		
	a biologico/a	a, data di n	round	imanta di ada	ziana a affidamenta		
	a adottato/a affidato/ e o affine entro il 3					tà: es. nipote, d	coniuge,)
	vente con il/la richiede						
	onvivente con il/la ricl dizione di handicap g				sopra indicato		

Rivedibile

Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/92

0

__in data _

Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati

DICHIARA

- o Che (qualora si tratti del coniuge) non è impegnato in attività lavorativa
- o Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap gravi
- o Che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità)
- o Di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili indicati al successivo QUADRO D, 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 condizione di handicap grave
- Di non essere convivente con il soggetto in condizione 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₍₁₎
- (1) Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica. (vedi avvertenze)

QUADRO C	COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDE LA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE				
Cognome e l	Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione	

QUADRO C	ELENCO ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE				
Cognome	e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione	

		PERME	SSI MENSILI RICHIESTI	
II/la sottoscritto/a richiede o GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO (VEDI AVVERTENZE) NEI SEGUENTI MESI				
N.B.	Se la domanda n	on decorre dal mese di gennaic	va indicato per ciascun mese l'anno cu	ii sarà fruito il permesso
GENNA	0 20	APRILE 20	SETTEMBRE 20	DICEMBRE 20
☐ FEBBRA	10 20	MAGGIO 20	OTTOBRE 20	
☐ MARZO	20	GIUGNO 20	□ NOVEMBRE 20	

Mod. Hand2 (GENITORI DI MAGGIORENNI/FAMILIARI)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- 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) con allegata dichiarazione
- o Dichiarazione della persona in condizione di handicap (in presenza di almeno due figli) attestante la scelta del figlio che dovrà beneficiare dei permessi
- o Altro

In caso di adozione:

- <u>Adozioni nazionali</u>: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e 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.

DICLITA	DATTONE	DI DECDOL	CADILITA/
DICHIA	KAZIUNE	DT RESPON	SABILITA

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondo a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

<u>Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni</u> delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità della condizione handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Data _	Firma DEL/DELLA RICHIEDENTE
	DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO (1)
(1)	La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:
	Indirizzo e Località
DI	CHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per i soggetti con sindrome di Down)
dichia Comm quale	sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civile e penali previste per il caso di razioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la iisione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha modifiche.
Data _	Firma DEL/DELLA RICHIEDENTE