

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

**DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL _____ AL _____ (max. 12 mesi)
PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE 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)**

Quadro A	RICHIEDENTE		
COGNOME		NOME	Data di Nascita
COMUNE	Prov.	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		COMUNE DI RESIDENZA	Prov.
CAP.	TELEFONO		

CHIEDE

- di fruire dei permessi indicati al QUADRO D e della relativa indennità qualora spettante in base al decreto legislativo n. 151/2001 e alla legge 104/92.

Quadro B	DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP		
COGNOME		NOME	Data di Nascita
COMUNE	Prov.	CODICE FISCALE	
DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE			
INDIRIZZO		COMUNE DI RESIDENZA	Prov.

- Figlio/a biologico/a
- Figlio/a adottato/a affidato/a: data di provvedimento di adozione o affidamento _____
- Parente o affine entro il 3° grado (specificare il rapporto di parentale o affinità: es. nipote, coniuge,)
- _____
- Convivente con il/la richiedente
- Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato
- In condizione di handicap grave, accertata dalla ASL
- di _____ in data _____ Rivedibile _____
- Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/92

	PERMESSI MENSILI RICHIESTI
--	-----------------------------------

Il/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 non decorre dal mese di gennaio va indicato per ciascun mese l'anno cui sarà fruito il permesso

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> GENNAIO 20__ | <input type="checkbox"/> APRILE 20__ | <input type="checkbox"/> SETTEMBRE 20__ | <input type="checkbox"/> DICEMBRE 20__ |
| <input type="checkbox"/> FEBBRAIO 20__ | <input type="checkbox"/> MAGGIO 20__ | <input type="checkbox"/> OTTOBRE 20__ | |
| <input type="checkbox"/> MARZO 20__ | <input type="checkbox"/> GIUGNO 20__ | <input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20__ | |

Mod. Hand2 (GENITORI DI MAGGIORENNI/FAMILIARI)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- o 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
- o 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:

- o Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente
- o 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.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

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.

Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni 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 _____

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE
(non necessaria per i soggetti con sindrome di Down)**

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civile e penali previste per il caso di dichiarazioni false o 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 rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____

Firma _____

DEL/DELLA RICHIEDENTE