

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO STATALE "REGINA MARGHERITA"
DI SALERNO
SEDE

OGGETTO: **DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PERMESSI RETRIBUITI ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORI DI HANDICAP (LEGGE 05.02.1992 N. 104 ART. 33,). (PERSONALE DOCENTE ED ATA)**

ANNO SCOLASTICO _____

L SOTTOSCRITT _____ IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO

A TEMPO _____ IN QUALITA' DI _____,

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART. 33 DELLA LEGGE DEL 05.02.1992 N. 104, DI POTER USUFRUIRE DEI **PERMESSI** RETRIBUITI PER L'ANNO SCOLASTICO _____ A TAL PROPOSITO

DICHIARA

1. DI POSSEDERE I REQUISITI RICHIESTI DALLA LEGGE PER USUFRUIRE PERMESSI RETRIBUITI;
2. DI COMUNICARE I GIORNI O I PERIODI DI ASSENZA IN TEMPO UTILE;
3. DI COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI DELLA STRUTTURA SANITARIA, DELLE NOTIZIE O DELLE SITUAZIONI AUTOCERTIFICATE RELATIVE ANCHE ALL'ESISTENZA IN VITA DEL PORTATORE HANDICAP;
4. CHE NESSUN FAMILIARE BENEFICIA DEI **PERMESSI** E DELLE AGEVOLAZIONI DI CUI ALL'ART. 33 DELLA LEGGE 104/1992 PER LO STESSO PORTATORE HANDICAP;
5. CHE SIA L'UNICO SOGGETTO IN GRADO DI PRESTARE AL DISABILE ASSISTENZA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA CHE, IN CASO DI NON CONVIVENZA, SIA L'UNICO SOGGETTO IN GRADO DI ASSICURARE IL PROPRIO SUPPORTO NEI CONFRONTI DEL PORTATORE DI HANDICAP;
6. CHE IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI;
7. CHE IL CERTIFICATO RILASCIATO DA _____ IN DATA _____ DI _____ E' DEPOSITATO PRESSO VOSTRE UFFICI E CHE NON SI E' PROCEDUTO A RETTIFICA O NON E' STATO MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA.

L SOTTOSCRITT _____, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLE DISPOSIZIONI DI LEGGE CONTENUTE NEL **D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000**, CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO AL VERO E DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVE, CIVILI E PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE O FRAUDOLENTE DIRETTE A GODERE INDEBITAMENTE I SUDDETTI BENEFICI.

ALLEGA ALLA PRESENTE IL CERTIFICATO RILASCIATO DA _____ IN DATA _____ DI _____

SALERNO ___/___/_____

FIRMA _____

AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, ED IN APPLICAZIONE DELL'ART. 23 DEL DECRETO LEGISLATIVO DEL 30 GIUGNO 2003 N. 196 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI) E NEL PIENO RISPETTO DEL TITOLO II PER I DIRITTI DELL'INTERESSATO, AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, RACCOLTI ANCHE CON SISTEMI E PROGRAMMI INFORMATICI, PER LE FINALITA' STRETTAMENTE CONNESSE ALLE FUNZIONI ISTITUZIONALI.

SI

NO

FIRMA _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO STATALE "REGINA MARGHERITA"
DI SALERNO
SEDE

OGGETTO: **DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PERMESSI RETRIBUITI ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORI DI HANDICAP (LEGGE 05.02.1992 N. 104 ART. 33,). (PERSONALE DOCENTE ED ATA)**

ANNO SCOLASTICO _____

L SOTTOSCRITT _____ IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO A TEMPO
_____ IN QUALITA' DI _____,

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART.33 DELLA LEGGE DEL 05.02.1992 N.104, DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI

RETRIBUITI NEI SEGUENTI GIORNI DAL _____ AL _____ DAL _____ AL _____ DAL _____ AL _____

A TAL PROPOSITO

DICHIARA

1. DI POSSEDERE I REQUISITI RICHIESTI DALLA LEGGE PER USUFRUIRE DEI **PERMESSI** RETRIBUITI;
2. CHE NESSUNA VARIAZIONE DELLE NOTIZIE O DELLE SITUAZIONI SI E' VERIFICATA DALLA DATA DELLA **RICHIESTA DEI PERMESSI** RETRIBUITI;
3. CHE NESSUN FAMILIARE BENEFICIA DEI **PERMESSI** E DELLE AGEVOLAZIONI DI CUI ALL'ART. 33 DELLA LEGGE 104/1992 PER LOSTESSO PORTATORE HANDICAP;
4. CHE SIA L'UNICO SOGGETTO IN GRADO DI PRESTARE AL DISABILE ASSISTENZA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA CHE, IN CASO DI NON CONVIVENZA, SIA L'UNICO SOGGETTO IN GRADO DI ASSICURARE IL PROPRIO SUPPORTO NEI CONFRONTI DEL PORTATORE DI HANDICAP;
5. CHE IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI;
6. CHE IL CERTIFICATO RILASCIATO DA _____ IN DATA _____ DI _____ È DEPOSITATO PRESSO I VOSTRI UFFICI;

L SOTTOSCRITT _____, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLE DISPOSIZIONI DI LEGGE CONTENUTE NEL **D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000**, CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO AL VERO E DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVE, CIVILI E PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE O FRAUDOLENTI DIRETTE A GODERE INDEBITAMENTE I SUDDETTI BENEFICI.

SALERNO ___/___/_____

FIRMA _____

AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, ED IN APPLICAZIONE DELL'ART. 23 DEDECRETO LEGISLATIVO DEL 30 GIUGNO 2003 N. 196 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI) E NEL PIENO RISPETTO DEL TITOLO II PER I DIRITTI DELL'INTERESSATO, AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, RACCOLTI ANCHE CON SISTEMI E PROGRAMMI INFORMATICI, PER LE FINALITA' STRETTAMENTE CONNESSE ALLE FUNZIONI ISTITUZIONALI .

FIRMA _____

PER IL PERSONALE ATA

PER IL PERSONALE DOCENTE

___ **CONCEDE**

___ **CONCEDE**

IL DIRETTORE S.G.A _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO _____