MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria
Ambito Territoriale per la Provincia di Crotone
ISTITUTO COMPRENSIVO "MORO-LAMANNA"
Via Petrarizzo – 88838 MESORACA (KR) Tel. 0962 614640
Cod. Mecc. KRIC827001 - C.F. 91022800790 - Cod. Univoco UFLZ8G
e-mail: kric827001@istruzione.it pec: kric827001@pec.istruzione.it web: www.icmorolamanna.edu.it

Allegaton.2

ALDIRIGENTESCOLASTICO
DELL'I.C. MORO LAMANNA
DI MESORACA (KR)

Il/lasottoscritto/a_____

nato/ail_____a_____(Prov._____)

residentea_____(Prov._____)inVia/Piazzan°

_____,inserviziopressoquestaIstituzionescolasticainqualitàdi_____

_____,

CHIED E

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 comma 3 e successivemodificazioniinqualità di:

- genitoredellapersonadisabiledietàinferioreatreanni;
- genitoredellapersonadisabiledietàsuperioreatre anni;
- parente,affineoconiugediunapersonacondisabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONESOSTITUTIVAdiCERTIFICAZIONIeDELL'ATTODINOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R.28/12/2000, n°445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e/omendacidichiarazioni, sottola suapersonale responsabilità,

DICHIARA

1.Chel'ASLdi_____,nellasedutadel_____/

_____,hariconosciuto

lagravitàdell'handicap(aisensidell'art.3comma3dellaLegge104/1992),di:

Cognomee Nome_____Gradodiparentela[1]_____

(dataadozione/affido)_____data e luogodi nascita_____

Residentea_____, inVia/Piazza_____

come risultadallacertificazione che siallega.

2.chelafamigliaanagraficadellapersonaperlaqualevengonorichiestiipermessiècosìcostituita:

CognomeeNome	Luogoe datadi nascita	Rapportodiparentela	(se lavoratore)Datid eldatoredi lavoro

1 Indicarese:figlio/a(incasodiadozione/affidamento,indicareladatadelprovvedimento);Parenteoaffineentroil 3°grado(specificare se: padre, nuora,ecc.).

3. diassistereinviacontinuativaedesclusivalapersonasopraindicata;
4. chelapersonaperlaqualevengonorichiestiipermessinonèricoverataatempopienopressoistituti specializzati.

- chenessunaltrofamiliarebeneficiadei permessi per lostessosoggettoportatoredihandicap;

oppure

- che l''altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto,nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altrogenitore);

– diessereconviventeconilsoggettoportatoredihandicapall'indirizzosopraspecificato

oppure

– di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allostesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopraindicatae nonlavoratori,chepossanofornirleassistenza;

Solopercoloroche richiedonoipermessiperassistereunparente/affineentroil3°grado:

5. che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, nonpossono fornirle assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascunnominativo:

CognomeeNome	**Motivopercuinonpuòprestareassistenza** (indicareiln°/lett.corrispondenteadunaopiùmotivazionisottoelencate

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona portatrice di handicap individuatecondeliberazionen.32del07.03.2000dell'INPS:

1) Aifinidellaconcessionedeigiornidipermessoprevistidall'art.33,comma3,dellaleggen.104/92,qualoranellafamigliadel portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assisterel'handicappatosonoindividuabilialverificarsidelleseguentiipotesi:
   a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità allavoropari al 100%(quali le*pensioni di inabilità* oanalogheprovvidenzeinqualsiasimododenominate)
   b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile,* gli *assegni di invalidità* INPS, *le rendite INAIL*, e simili), che individuino,direttamenteo indirettamente,unainfermitàsuperioreai2/3;

c) etàsuperioreai70anni,inpresenzadiunaqualsiasiinvaliditàcomunquericonosciuta;
d) etàinferioreai18anni (anche nelcasoincuinonsiastudente);
e) infermitàtemporaneaperiperiodidiricoveroospedaliero.

2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamentedocumentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dalmedico della Sede INPS al fine di stabilire se e per qualeperiodo, in relazione allanatura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità,perquest'ultimo,diprestare assistenza.

3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori nonpregiudicalapossibilità,perunodeiduegenitori,difruire,secondolecondizionipreviste,deipermessiperassisteretalefiglio.

Solopercoloroche richiedonoipermessiinqualitàdidisabilelavoratore:

- divolerfruiredeipermessisecondoleseguentimodalità:
  - tregiornialmese;
  - (soloperilpersonaleATA)dueorealgiornodalleore_____alleore_____

- diimpegnarsiacomunicareimmediatamenteeventualivariazionirelativeaquantocomunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possonoeffettuareicontrollisullaveridicitàdelledichiarazioniaisensidegliartt.71,75e76-T.U. delle disposizioni legislative e regolamentariin materia di documentazioneamministrativa –D.P.R.28/12/2000, n°445.

Il/laDichiarante

Data_____ _____