



LICEO CLASSICO STATALE "F. CAPECE"



Indirizzi: *Classico, Linguistico EsaBac, Scientifico,
Linguistico Internazionale Spagnolo*

Piazza A. Moro, 37 - 73024 Maglie (Le)

Tel. 0836/484301 - Fax 0836/484302

Web: *www.liceocapece.gov.it* – Email: *dirigente@liceocapece.gov.it*

Posta certificata: *dirigenza@pec.liceocapece.it*

Domanda di permessi per
l'assistenza a soggetti in
condizione di handicap grave

(D.Lgs. 151/2001, art. 42; Legge 104/92, art. 33
comma 3; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20)

**Al Dirigente Scolastico
del Liceo Classico Statale "F. Capece"
di MAGLIE**

**GENITORI DI MAGGIORENNI
PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PERSONE MAGGIORI DI 3 ANNI
CONIUGI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

dati richiedente

Cognome e nome _____ nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ in via _____ n. telefonico _____

CHIEDE

di fruire dei permessi spettanti in base alla legge 104/92

dati della persona in condizioni di handicap

Cognome e nome _____ nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ in via _____ (indicare se diversi da quelli del richiedente)

figlio/a biologico/a

figlio/a adottat /affidat : data provvedimento di adozione/affidamento _____

parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità) _____

convivente con il/la dichiarante

non convivente con il/la dichiarante e residente all'indirizzo sopra indicato

in condizione di handicap grave, accertata dalla ASL di _____ in data _____

non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati

impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92

DICHIARA

di lavorare nel comune di _____ e di abitare nel comune di _____

(da dichiarare se diversi da quello di iscrizione anagrafica già indicato)

di essere in servizio presso _____ in qualità di _____

di svolgere la propria attività in regime di part-time orizzontale verticale: n. gg. di effettivo lavoro _____

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave

(oppure)

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità di pag. 3)

di non fruire, in nessuno dei mesi in cui si chiedono i permessi mensili, dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 comma 5 del D.lgs 151/01 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 (se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza)

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONI DI HANDICAP GRAVE

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

Si allega:

certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap

certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena possibile)

altro _____(indicare)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità: Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazioni mendaci, 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 di handicap da parte della Commissione ASL
- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

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:

Ditta _____

Indirizzo e località _____