

Al dirigente scolastico  
Istituto \_\_\_\_\_

**Richiesta per usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 della legge n. 104/1992**

(come modificato dalla Legge n. 183/2010, dal D.Lgs. n. 119/2011 e dal D.Lgs. n. 105/2022)

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_) in \_\_\_\_\_ n. \_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di:

- docente** con contratto  a tempo indeterminato  a tempo determinato  
 **docente** con contratto  a tempo indeterminato  a tempo determinato  
 part-time orizzontale  part-time verticale per \_\_\_\_\_

in qualità di:

- lavoratore disabile in situazione di gravità (art. 33, comma 6)  
 genitore per figlio di età inferiore a tre anni e fino a otto anni (art. 33, commi 1-2-3)  
 genitore per figlio di età superiore a otto anni (art. 33, comma 3)  
 coniuge, parente o affine per familiare entro il 2° grado (art. 33, comma 3)  
 parente o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado (art. 33, comma 3)

chiede di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992 per poter assistere \_\_\_\_\_ nat \_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_) in \_\_\_\_\_ n. \_\_ con il quale è nella seguente relazione di parentela: \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara:

- di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza dalla persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere (con riserva di presentare, al rientro in servizio, la documentazione che attesti che \_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_ si è effettivamente recato presso la residenza del familiare da assistere)  
 di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza dalla persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere  
 che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con disabilità  
 che il seguente familiare \_\_\_\_\_ nat \_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) in \_\_\_\_\_ n. \_\_  
 non dipendente /  dipendente presso \_\_\_\_\_ beneficia alternativamente al \_\_ sottoscritt \_\_ e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, con il quale è nella seguente relazione di parentela: \_\_\_\_\_  
 che la persona con disabilità con cui sussiste un rapporto di parentela / affinità sino al 3° grado  
 non è coniugato  
 è vedovo

- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto
- è separato legalmente o divorziato
- è coniugato ma in situazione di abbandono
- ha uno o entrambi i genitori deceduti
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante
- che la persona con disabilità non è ricoverata a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare INPS n. 155 del 3 dicembre 2010
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza alla persona con disabilità, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sostengono per l'effettiva tutela delle persone con disabilità
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)
- di aver ricevuto l'informativa fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e degli artt. 13-14 del GDPR, e si impegna a comunicare per iscritto ogni eventuale correzione, integrazione e/o aggiornamento dei dati forniti
- di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa

**Allega:**

- copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1 della L. n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione
- fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazioni del disabile;

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

## DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ ,  
residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni  
non veritiere, formazione o uso atti falsi

### **DICHIARA**

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ ;
- (*in alternativa*) di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di  
accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92  
per se stesso;
- (*in alternativa*) di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_ ;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ e residente in

---

FIRMA

---

**Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14  
del GDPR 2016/679(General Data  
Protection Regulation )**

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

**1. Finalità del Trattamento:** I dati da Lei forniti verranno utilizzati per il procedimento amministrativo in oggetto.

**2. Modalità del Trattamento:**

Le modalità con la quale verranno trattati sono quelli **che permettono l'identificazione diretta dell'esperto**– come:

- **i dati anagrafici** (ad esempio: nome e cognome), le immagini, ecc.;
- **i dati che permettono l'identificazione indiretta**, come un numero di identificazione (ad esempio, il codice fiscale);

**3. Periodo di conservazione:**

I dati acquisiti **dall'Istituto Comprensivo** saranno conservati per tutto il tempo strettamente necessario.

**3. Conferimento dei dati:** Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta il non espletamento della procedura in oggetto.

**4 Comunicazione e diffusione dei dati:** Non è prevista alcuna diffusione al di fuori dell' **Istituto Comprensivo**;

**5 Titolare del Trattamento:** *Il titolare del trattamento dei dati personali è per l' Istituto Comprensivo è il DIRIGENTE SCOLASTICO IN CARICA , con sede per il ruolo esercitato presso l'ISTITUTO COMPENSIVO N.5 P.A. Mattioli Via Nazario Sauro, 2 Siena.*

**6.Diritti dell'interessato:**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima dellarevoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si ricorda che può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'IC Mattioli Via Nazario Sauro, 2 53100 Siena, e\o per e mail all'indirizzo di posta [siic82500d@istruzione.it](mailto:siic82500d@istruzione.it) - - [siic82500d@pec.istruzione.it](mailto:siic82500d@pec.istruzione.it) alla luce dell'autorizzazione sottoscritta esprime:

- esprimo il consenso -  NON esprimo il consenso, al trattamento dei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.;
  
- esprimo il consenso -  NON esprimo il consenso, alla comunicazione dei dati personali di enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;
  
- esprimo il consenso -  NON esprimo il consenso, al trattamento delle categorie particolari dei dati personali così come indicati nell'autorizzazione sottoscritta.

IL\La sottoscritto\la\_\_\_\_\_dichiaro\la di aver ricevuto, e di aver letto l'informativa che precede.

Luogo\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Vista e verificata la legittimità dell'istanza e la documentazione allegata, informo la S.V. che

ha diritto a fruire dei benefici richiesti

non ha diritto a fruire dei benefici richiesti per le seguenti motivazioni:

---

La S.V., **salvo dimostrate situazioni di urgenza**, dovrà comunicare le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività didattica e amministrativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dirigente scolastico

---