

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)

__l__ 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
☐ **personale ATA** 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 __l__ 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 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 consegua 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 COMPRENSIVO 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 della revoca;
- 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 - - 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 indicate nell'autorizzazione sottoscritta.

IL/ La sottoscritto/a _____ dichiaro/a 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
