Modulo 3 – Nuova Istanza





Via Ronca 11 - 83047 **LIONI** (AV)

con plesso e sezioni associate di scuola dell’infanzia, primaria e sec. di 1° grado di **Teora** (AV)

AVIC86000T - C.F.91007490641 - C.U. Fatt.UFIV4S

Sito web: [**www.iclioni.edu.it**](http://www.iclioni.edu.it/)

tel/fax: 082742046 e-mail: [**avic86000t@istruzione.it** e-m](mailto:avic86000t@istruzione.it)ail pec: [**avic86000t@pec.istruzione.it**](mailto:avic86000t@pec.istruzione.it)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scuola dell’infanzia e scuola primaria | Via Ronca 11 | 83047 Lioni (AV) | Tel/Fax 082742046-0827 270275 |
| Scuola secondaria 1°grado | Via Ronca 20 | 83047 Lioni (AV) | Tel. 082742015 |
| Scuola dell’Infanzia, primaria e sec. 1° | Largo Europa 10 | 83056 Teora (AV) | Tel. 082751077 |

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo Statale

“N.Iannaccone” – Lioni (AV)

## Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat il \_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_\_\_\_), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

* Docente 󠇢 󠇢 a tempo indeterminato 󠇢󠇢 a tempo determinato
* Collaboratore scolastico 󠇢󠇢 a tempo indeterminato 󠇢󠇢 a tempo determinato
* Assistente Amministrativo 󠇢 󠇢 a tempo indeterminato 󠇢󠇢 a tempo determinato
* Assistente Tecnico 󠇢 a tempo indeterminato 󠇢󠇢 a tempo determinato

**CHIEDE**

* *(barrare in caso di istanza)* **di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:**

#### Cognome e nome rapporto di parentela

Data di nascita Comune di nascita Provincia

C.F. residente a (

se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

#### 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 che:

 il disabile è in vita;

 l’accertamento dell’ handicap **è \_\_\_\_**  **IRRIVEDIBILE \_\_\_\_\_\_\_\_** **RIVEDIBILE** il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_**

 il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

 di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun’ altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;

 **di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto :**

#### NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUOGO NASCITA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)**

#### tel/ mail

* *(barrare in caso di istanza)* **di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 in quanto riconosciuto/a portatore di handicap in situazione di gravità** ai sensi dell’art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell’INPS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui all’art. 4 c. 1 della L. 104/92.

Si allega la seguente documentazione:

1. copia certificato INPS competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
2. Copia documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscritto/a;
3. *(in caso di assistenza al familiare)* Copia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario/a;
4. ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*

*1 dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.*

*L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.*

*FIRMA DEL RICHIEDENTE*

Lioni