

DOMANDA PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/02

**Al Dirigente Scolastico
ITE "P.F. CALVI"
Belluno**

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____
luogo e data di nascita _____ RESIDENZA _____
Via _____ Tel. _____ QUALIFICA _____
sede di servizio _____

Tempo pieno par-time _____%

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME _____ NOME _____
luogo e data di nascita _____ RESIDENZA _____
Via _____ Tel. _____
Portatore di handicap grave accertato dalla ULSS di _____ in data _____
RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI NO
RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati SI NO
(per i figli inferiori anni 3)

CONVIVENTE SI NO

IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA:

Cognome e nome	luogo e data di nascita	attività
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Avvertenza:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B")

il sottoscritto dichiara 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.

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE:

- Indirizzo del domicilio _____
- Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km. _____
- Tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore _____
- precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

Cognome e nome	data di nascita	rapporto di parentela	professione*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3, vanno comunque allegate le relative certificazioni

Avvertenza:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B")

Dichiaro, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

ELENCO ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome	data di nascita	rapporto di parentela	professione*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Avvertenza:

- In caso di presenza di altri familiari lavoratori deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.

Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta.

Data _____

Firma _____

Si conferma che il Sig./Sig.ra _____ ha sottoscritto l'istanza in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

o in alternativa allegare fotocopia di un documento di identità (non autenticato)

ALLEGATI

- Certificato rilasciato dalla ULSS attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- Certificato del medico specialista (in attesa che venga consegnato il certificato rilasciato dalla ULSS)
- Altra documentazione: _____

N.B.: Si fa presente che la domanda verrà evasa nei termini previsti dalla L. 241/90 (entro 30 giorni dalla data di ricevimento al Protocollo generale).

Qualsiasi integrazione di documentazione richiesta interrompe il suddetto termine.