



Liceo Scientifico Statale
"Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Al Dirigente Scolastico

Prof. Roberto Bernardini

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)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. ____ il _____, in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di:

_____ con contratto a tempo determinato indeterminato

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)

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera b), n. 2), del decreto legislativo n. 105/2022 che ha riformulato il comma 3 dell'articolo 33 della legge n. 104/1992, a più soggetti tra quelli aventi diritto, chiede alla S.V. di essere ammesso alla fruizione dei benefici previsti dall'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992 del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale referente per assistere

il Sig./Sig.ra _____ nat. il ____ / ____ / ____ a

_____ (Prov. ____) codice fiscale _____, residente a

_____ (Prov. ____) in _____ n. ____ con il quale è

nella seguente relazione di parentela: _____, portatore di handicap in

situazione di gravità, riconosciuto ai sensi dell'art. 4 della legge sopra indicata.



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



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 essere consapevole che gli altri soggetti aventi diritto possono fruirne in via alternativa tra loro ai sensi ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera b), n. 2), del decreto legislativo n. 105/2022;
- 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: _____
- 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;
- 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);
- 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 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.

Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza, assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.



Liceo Scientifico Statale
"Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Allega:

- copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1 della Legge 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 Legge n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- programmazione mensile;
- copia del documento di identità degli interessati;

Cagliari, _____

In fede