



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Ministero della Pubblica Istruzione

Istituto Comprensivo Statale "C.B. Castiglioni"
Via C. d'Ampezzo, 216 - 21043 - Castiglione Olona (VA)
Tel: 0331/857394 Fax: 0331/824420
Codice Univoco Ufficio UF12SP

C.F. 80017320120 - www.iccastiglioneolona.gov.it
e-mail Uffici: direzionescuole@iccastiglioneolona.gov.it
e-mail: vaic84200b@istruzione.it; Posta certificata: vaic84200b@pec.istruzione.it

Modello A

Al Dirigente Scolastico
SEDE

**RICHIESTA PER USUFRUIRE DEI PERMESSI PREVISTI
DALL'ART.33 DELLA LEGGE N. 104/92 (modificato dalla LEGGE 183/2010 e D.Lgs.119/2011)
(CONIUGE-FIGLI MINORENNI E MAGGIORENNI - PARENTI E AFFINI
FINO AL SECONDO E, PER ALCUNI CASI PARTICOLARI PER IL TERZO GRADO)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. __) e residente a _____ (Prov. __)
Via/Piazza _____ n. _____, in servizio presso questa Istituzione Scolastica

in qualità di:

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. | <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part-time verticale |
| <input type="checkbox"/> ATA | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. | <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part-time verticale |

con la presente istanza chiede di poter usufruire dei benefici previsti dalla legge in oggetto indicata 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 dodici anni (Art. 33, comma 1-2-3);
- genitore per figlio di età superiore a dodici anni (Art.33, comma 3);
- coniuge, parente, e/o affine per familiare entro il 2 grado (Art.33, comma 3);
- parente e/o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado (Art.33, comma 3).

Allega alla presente la seguente documentazione

- Accertamento della situazione di handicap con connotazione di gravità (cfr, art. 3, comma 3 della L.104/92)
- certificato medico per persona affetta da sindrome di down rilasciato ai sensi della Legge 289/2002, Art.94
- decreto di concessione o libretto di pensione per i grandi invalidi di guerra e equiparati,.
- copia del provvedimento di adozione o di affidamento rilasciato dall'Autorità competente.
- certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o l'affidamento del Giudice Straniero e l'avvio del procedimento di convalida da parte del Giudice Italiano ai sensi della Legge 476/98
- certificato da cui risulti il riconoscimento della patologia invalidante ai sensi del DM 278/2000 (cfr. eccezione del 3° grado)
- dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi del DPR 445 DEL 28/12/2000

Data, _____

Firma _____



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'Istruzione e per l'Innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Informativa

(art.13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – "Codice in materia dei dati di protezione dei dati personali
La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l'espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente dal personale dell'Istituzione Scolastica appositamente incaricato e non saranno comunicati a terzi, se non per l'espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumenti informatici e con modalità strettamente funzionali alle finalità indicate. Nei confronti di tali dati l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt.7-10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 19 (compreso l'accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l'integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco). Il titolo del trattamento è _____

*(Indicare in mancanza dell'individuazione del responsabile il Dirigente Scolastico)

RICEVUTA

Il/La signor/a ha presentato in data odierna la presente domanda

TIMBRO DELLA SCUOLA E FIRMA DELL'ADDETTO

Data e numero di protocollo _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA e verifica la Legittimità dell'istanza in oggetto e la documentazione allegata, informa la S.V. che ha diritto/non ha diritto* (indicare le motivazioni) a fruire dei benefici richiesti.

Si aggiunge, che la S.V., **salvo dimostrate situazioni di urgenza** dovrà comunicare al Dirigente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese (un mese per l'altro), al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività didattica e amministrativa.

*Motivi per eventuale richiesta di documentazione e/o diniego: _____

Li, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

MODELLO "B"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Artt. 46 e 47 del TU approvato con DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Allegata alla istanza presentata in data _____

Il/La sottoscritto/a, cognome _____ nome _____ nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ residente a _____ in servizio presso _____

a conoscenza delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa contenute nel D.Lgs. 445/2000 (TU in materia di dichiarazione sostitutiva di e, in particolare, delle sanzioni penali previste dall'art. 76. in caso di dichiarazione mendace e non veritiere e, delle norme contenute nel D.Lgs. 165/2001 artt. 55 quater e 55 quinquies, consapevole altresì, che l'amministrazioni può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate ai sensi degli artt. 71 e seguenti del TU anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato

DICHIARA

- Che necessito delle agevolazioni per le necessità legate alla mia situazione di disabilità (disabile per se stesso);
- che il familiare da assistere _____ (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parente e affine) _____ (cognome e nome) è nato/a _____ il _____ ed è residente a _____ Via _____;
- di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- che il figlio/a _____ è stato adottato/affidato in data _____ (data di ingresso del minore nella famiglia) con atto dell'autorità competente _____ del _____ (come risulta dal provvedimento allegato);
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap* grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM del 21 luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica rilasciata in data _____ dal _____ allegata (eccezione per il terzo grado);
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap* grave sono mancanti (eccezione per il terzo grado) per:
- il coniuge ha compiuto i 65 anni
 - il/i genitore/i hanno compiuto i 65 anni
 - decesso
 - assenza naturale (celibato) e/o giuridica (divorzio - separazione legale abbandono) del coniuge per _____
 - assenza naturale (celibato) e/o giuridica (divorzio - separazione legale abbandono) del/i genitore/i per _____

-
- che il familiare da assistere non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il familiare da assistere è ricoverato/a a tempo pieno presso _____ sito
in _____ via _____;
- che l'assistenza è prestata nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- che sono consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la mia opera di assistenza;
- che sono 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 sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che sono l'unico referente e che nessuna altro familiare fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il quale si chiedono i permessi mensili e al quale si presta assistenza;
- che mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante
(Firma per esteso e leggibile)



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per Interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Ministero della Pubblica Istruzione

Istituto Comprensivo Statale "C.B. Castiglioni"
Via C. d'Ampezzo, 216 - 21043 - Castiglione Olona (VA)
Tel: 0331/857394 Fax: 0331/824420
Codice Univoco Ufficio UF12SP

C.F. 80017320120 - www.iccastiglioneolona.gov.it
e-mail Uffici: direzionescuole@iccastiglioneolona.gov.it
e-mail: vaic84200b@istruzione.it; Posta certificata: vaic84200b@pec.istruzione.it

Modello C

Al Dirigente Scolastico
SEDE

PROGRAMMA ASSENZE PER FIGLIO FINO ALLA MAGGIORE ETÀ
LEGGE N. 104/92 ART.33 COMMA 1-2-3 e successive modifiche (LEGGE 183/2010 e dal D.Lgs.119/2011)

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di:

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. | <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part-time verticale |
| <input type="checkbox"/> ATA | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. | <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part-time verticale |

Vista la richiesta per poter usufruire dei benefici di cui all'oggetto presentata in data _____ e confermata in data _____ da _____ (anche se scuola diversa e, eventualmente da rivedere)

Comunica

Ai sensi del comma 1, dell'art.33, della Legge 104/92 (fino a 12° anno di età) di fruire del seguente periodo dal _____ al _____ per prolungamento del congedo parentale art.32 - D.Lgs 151/2001

In alternativa

Ai sensi del comma 2, dell'art. 33, della Legge 104/92 (fino al 3° anno) di fruire del riposo per allattamento nel seguente periodo dal _____ al _____

- Di ore 2 di permesso giornaliero (orario di lavoro pari o superiore a 6 ore) dalle ore _____ alle ore _____
- Di ore 1 di permesso giornaliero (orario inferiore a 6 ore) dalle ore _____ alle ore _____
-

In alternativa

Ai sensi del comma 3, dell'art. 33, della Legge 104/92 sostituito dall'art.24, comma 1, lettera a) della Legge 183/2010 (dalla nascita fino al 18° anno) di fruire dei 3 gg. di permesso al mese nel/i giorno/i _____ oppure dal _____ al _____

Data, _____

Firma _____

Informativa

(art.13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - "Codice in materia dei dati di protezione dei dati personali")

La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l'espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente dal personale dell'Istituzione Scolastica appositamente incaricato e non saranno comunicati a terzi, se non per l'espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumenti informatici e con modalità strettamente funzionali alle finalità indicate. Nei confronti di tali dati l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt.7-10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (compreso l'accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l'integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco). Il titolare del trattamento è _____

*(indicare in mancanza dell'individuazione del responsabile il Dirigente Scolastico)



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'Istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Ministero della Pubblica Istruzione

Istituto Comprensivo Statale "C.B. Castiglioni"
Via C. d'Ampezzo, 216 - 21043 - Castiglione Olona (VA)
Tel: 0331/857394 Fax: 0331/824420
Codice Univoco Ufficio UF12SP
C.F. 80017320120 - www.iccastiglioneolona.gov.it
e-mail Uffici: direzionescuole@iccastiglioneolona.gov.it
e-mail: vaic84200b@istruzione.it; Posta certificata: vaic84200b@pec.istruzione.it

Modello D

Al Dirigente Scolastico

SEDE

PROGRAMMA ASSENZE PER FIGLIO DOPO LA MAGGIORE ETÀ, CONIUGE, PARENTI E AFFINI ENTRO IL 2° GRADO O ENTRO IL 3° GRADO - L. 104/92 ART.33 COMMA 3 modificato dalla L.183/2010 e dal D.Lgs.119/2011

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di:

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. | <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part-time verticale |
| <input type="checkbox"/> ATA | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. | <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part-time vertical |

Vista la richiesta per poter usufruire dei benefici di cui all'oggetto presentata in data _____ e confermata in data _____ da _____ (anche se scuola diversa e, eventualmente da rivedere)

COMUNICA

Ai sensi del comma 3 dell'art.33, della Legge 104/92 sostituito dall' art.24, comma 1, lettera a) della Legge 183/2010 di fruire il giorno _____ oppure dal _____ al _____ del permesso mensile retribuito.

Condizione relativa alla distanza

Considerato che la richiesta è soggetta alla presentazione della documentazione che attesti di essermi effettivamente recato presso la residenza del familiare da assistere, mi impegno a presentarla al mio rientro in servizio.

Data, _____

Firma

Informativa

(art.13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - "Codice in materia dei dati di protezione dei dati personali")
La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l'espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente dal personale dell'Istituzione Scolastica appositamente incaricato e non saranno comunicati a terzi, se non per l'espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumenti informatici e con modalità strettamente funzionali alle finalità indicate. Nei confronti di tali dati l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt.7-10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (compreso l'accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l'integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco). Il titolo del trattamento è _____

*(indicare in mancanza dell'individuazione del responsabile il Dirigente Scolastico)