

PERMESSI ART. 33 C. 3 LEGGE 5 FEBBRAIO 1999 N°104  
PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° DI PORTATORI DI HANDICAP

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Bozzini – Fasani  
Via Raffaello S.N.,  
71036 Lucera - (FG)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

| Quadro A             | RICHIEDENTE          |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| COGNOME              |                      | NOME                 |                      | DATA DI NASCITA      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |
| COMUNE DI NASCITA    | PROV.                | CODICE FISCALE       |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA  | PROV.                | VIA                  | N° CIVICO            |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| CAP                  | N. TELEFONICO        |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |

**CHIEDE<sup>1</sup>**

di fruire di n. .... giorni di permessi di cui all'art. 33 c. 3 della legge 5 febbraio 1992 n°104

| Quadro B             | DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE |                      |                      |                      |
|----------------------|---------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| COGNOME              |                                       | NOME                 |                      | DATA DI NASCITA      |
| <input type="text"/> |                                       | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |
| COMUNE DI NASCITA    | PROV.                                 | CODICE FISCALE       |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | <input type="text"/> |                      |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA  | PROV.                                 | VIA                  | N° CIVICO            |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| CAP                  | N. TELEFONICO                         |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                  |                      |                      |                      |

<sup>1</sup> I giorni richiesti, salvo situazioni di urgenza, devono coincidere con quelli indicati nella programmazione mensile.

Nella compilazione della domanda è opportuno attenersi a quanto previsto dalla circolare 123/2024:

<https://www.icbozzinifasani.edu.it/circolare/circolare-n-123-del-08-02-2024/>

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Quadro B</b>                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE</b> |
| RELAZIONE DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |
| Genitore<br>Figlio/a<br>Figlio/a adottato/affidato, data provvedimento di adozione o affidamento: _____<br>Parente o affine entro il 3° (specificare rapporto di parentela o affinità) _____                                                                                 |                                              |
| ALTRI DATI                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |
| Convivente con il/la richiedente<br>Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato<br>Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati<br>Portatore di handicap grave accertato dall'Asl di _____ in data _____<br><br>Data _____ |                                              |

I permessi saranno fruiti nei seguenti giorni:

Dal .....al.....

Dal .....al.....

Dal .....al.....

Data \_\_\_\_\_

il Richiedente

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

### Il/la sottoscritto/a

consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, 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;

### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi della legge 04/01/1968 n°15 e della legge 15 maggio 1997 n°127, ai fini di beneficiare delle specifiche disposizioni contenute nella legge 104/92 e nella legge 53/2000:

- di essere/non essere (cancellare la voce che non interessa) convivente con la persona portatore di handicap in situazione di gravità indicata nel quadro B;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;
- di non essere il Referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'assistenza al disabile, alternativamente al /ai seguente/i avente/i diritto:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_  
GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ in servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_  
GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ in servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) \_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA

A comunicare, entro trenta giorni, dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- L'eventuale ricovero del portatore di handicap
- La revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione dell'ASL
- La fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari
- Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio. (Solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Data \_\_\_\_\_

il Richiedente  
\_\_\_\_\_

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n°196 e successive modificazioni (codice della privacy), nonché ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente alla richiesta:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili
2. alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Data \_\_\_\_\_

il Richiedente