

CENTRO PROVINCIALE PER L'ISTRUZIONE DEGLI ADULTI

VIA NEGRI, 45 – 29121 PIACENZA - tel. 0523-1734618 - e-mail: pcmm048005@istruzione.it

Domanda di AUTORIZZAZIONE AI BENEFICI PREVISTI DALL'ART. 33 DELLA LEGGE N. 104/92 (CONIUGE-FIGLI MINORENNI E MAGGIORENNI – PARENTI E AFFINI FINO AL SECONDO E, ALCUNI CASI PARTICOLARI PER IL TERZO GRADO)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del CPIA – PIACENZA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ in via _____
in servizio nell'anno scolastico _____ presso l'istituto scolastico _____
di _____ con la qualifica di _____ con
contratto a tempo determinato / indeterminato, in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104, come
modificato dall'art. 20 della legge n. 53 dell'8 marzo 2000, dall'art. 24 della legge n. 183 del 4 novembre 2010 e
dall'articolo 6, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo 19 luglio 2011, n. 119.

Con la presente istanza

CHIEDE

l'autorizzazione a poter usufruire dei benefici previsti dalla legge in oggetto indicata e vigente di cui art. 33 in qualità di:

- ☐ lavoratore disabile in situazione di gravità (comma 6)
- ☐ genitore per figlio di età inferiore a tre anni (comma 1-2-3-4)
- ☐ genitore per figlio di età superiore a tre anni (comma 3)
- ☐ coniuge, parente, e/o affine per familiare entro il 2° grado (comma 3)
- ☐ coniuge, parente, e/o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado (comma 3)

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

☐ il/la sig/ra _____ nato/a _____ il _____

Portatore di Handicap grave accertato dall'ASL di _____ in data _____

ha il seguente grado di parentela con lo/la scrivente _____

- ☐ che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
- ☐ che è convivente con il/la sottoscritto/a

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap
 - che si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)
- ☐ di svolgere attività lavorativa a tempo pieno
 - ☐ di svolgere attività lavorativa a part-time:
[] orizzontale [] verticale (n. __ giorni lavorativi – n. __ giorni di lavoro effettivi)
 - ☐ di svolgere un orario lavorativo giornaliero pari a n. __ ore;

Alla presente allega:

- ☐ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 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 104/1992;
- ☐ adozioni e affidamenti nazionali: copia del provvedimento di adozione e o di affidamento rilasciato dalla Autorità competente
- ☐ adozioni e affidamenti internazionali ai sensi della legge 476/98, 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
- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/20000

Data _____

Firma

VISTO

LA DIRIGENTE SCOLSATICA
(*Prof.ssa Manuela Bruschini*)