## Al Dirigente Scolastico

**I.P.E.O.A. - Molfetta OGGETTO: Istanza permesso orario/giornaliero retribuito/ non retribuito art CCNL 2016/18.**

\_l\_ sottoscritt\_ in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato, ai sensi del CCNL 2016/18,

## CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire di un permesso orario/giornaliero retribuito/non retribuito dal al

 per n. ore/giorni, per motivi

Molfetta, Con osservanza

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

**( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-) (art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a nato/a a il residente a via n° ,

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

## DICHIARA

Che il familiare ……………………………….. nato /a a …………………………………. Il…. /…../….. , per il/ la quale si richiede il beneficio sancito dall’art.33 c.3 della legge 05 febbraio 1992 n.10, "Legge quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti della persona handicappata", così come modificata dall’art. 24 della Legge n. 183 del 04 novembre 2010:

* non è ricoverato a tempo pieno1 presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici;
* di essere l’unico membro della famiglia a potersi occupare dell’assistenza del familiare di cui sopra con carattere continuativo ed esclusivo;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare ... lo stato di salute...", ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini di diagnosi, cura , adempimento degli obblighi amministrativi e fiscali, nonché a scopi statistici.

 In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1Per ricovero a tempo pieno si intende quello per le intere ventiquattro ore, presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa. Fanno eccezione a tale presupposto: - interruzione del ricovero del disabile in situazione di gravità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie; - ricovero di un disabile in situazione di gravità in coma vigile e/o in situazione terminale; - ricovero a tempo pieno di un minore con disabilità in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di u familiare.