

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
CPIA 2 BERGAMO

Richiesta di ammissione ai permessi retribuiti previsti dall'art. 33, comma 6, della L.104/92 e s.m.i. da parte di lavoratore dipendente in condizione di disabilità grave.

Il/la sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____
nato/a _____ prov. _____ il _____, residente a _____ prov. _____
dipendente in qualità di _____

con rapporto di lavoro a

- ☐ tempo indeterminato
- ☐ tempo determinato fino al _____
- ☐ a tempo pieno
- ☐ a tempo parziale

CHIEDE

di poter usufruire dei **permessi retribuiti** di cui all'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92, e successive modificazioni, in quanto **lavoratore con handicap in situazione di gravità**, secondo la seguente modalità: 3 gg o 18 ore mensili.

A tal fine rilascia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

Concernente fatti, stati, o qualità a diretta conoscenza dell'interessato

(Art. 47 DPR 28/12/2000 n.445)

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 7-bis della legge n. 104/1992, fermo restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore decade dai diritti di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, qualora il datore di lavoro accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti; sotto la propria responsabilità

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
CPIA 2 BERGAMO

DICHIARA

(apporre una x accanto ad ogni dichiarazione)

- di avere necessità delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione personale;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (a titolo di esempio, la revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave a seguito della visita di revisione);
- di essere 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale.

ALLEGA

- Copia del verbale della 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.
- Copia di un documento di identità in corso di validità.

IL DICHIARANTE

_____ lì _____

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili del dipendente ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003

Si informa che i dati personali e sensibili che Lei riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Istituto mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità previste dagli istituti che disciplinano il rapporto di lavoro, così come regolamentati da leggi, contratti, accordi di lavoro.

Tale trattamento non necessita del consenso in quanto è conseguente agli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro. In caso di rifiuto al conferimento dei dati indicati l'ufficio potrebbe essere impossibilitato a gestire l'istituto richiesto.