

MODELLO A)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA E DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_, assegnato all'Istituto scolastico o formativo/circolo di coordinamento pedagogico \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a tempo  pieno  parziale orizzontale  parziale verticale

consapevole che le dichiarazioni non veritiere, la formazione e uso di atti falsi nei casi previsti dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora del controllo effettuato non emerga la veridicità della dichiarazione resa (art.75 D.P.R. n. 445/2000)

**dichiara**

- di essere un lavoratore portatore di handicap grave e permanente come dichiarato nel verbale n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_ dell'Azienda sanitaria di \_\_\_\_\_ e di fruire dei benefici mensili previsti dall'art. 33, c. 6;
- di fruire dei permessi mensili previsti dall'art. 33, c. 3, della legge 104/92 dal \_\_\_\_\_ per assistere il parente/affine \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ e domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_, con situazione di handicap in situazione di gravità accertata dall'Azienda sanitaria di \_\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_,
- di essere parente o affine entro il 3° grado (specificare il rapporto di parentela o affinità: esempio coniuge, madre, padre, ecc.) \_\_\_\_\_ impegnato/a in attività lavorativa presso (indicare il datore di lavoro) \_\_\_\_\_ e che inoltre la persona da assistere si trova nelle seguenti situazioni:
  - beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/1992
  - non beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/1992
  - non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

**Da compilare da parte dei genitori che prestano assistenza al figlio disabile**

- che l'altro genitore \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ ha diritto a fruire dei permessi in quanto è lavoratore dipendente presso (indicare il datore di lavoro) \_\_\_\_\_ con orario settimanale di lavoro \_\_\_\_\_
- che l'altro genitore \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ non ha diritto di fruire dei permessi in quanto lavoratore autonomo, libero professionista o persona in attesa di occupazione

**Per i dipendenti che fruiscono dei permessi della Legge 104/92 per assistere parenti disabili  
(ad esclusione dei genitori del figlio disabile)**

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap, in quanto l'assistito intende avvalersi dell'assistenza del sottoscrittore della presente domanda (allegare modello B).

oppure

- chiede la sospensione di tali benefici previsti dalla legge 104/1992 .

**Per i dipendenti che prestano assistenza a parenti/affini di 3° grado**

- di avere diritto ai benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92, inclusi i permessi mensili, per assistere il Sign/a \_\_\_\_\_, in quanto la situazione familiare del soggetto assistito è la seguente:

| NOMINATIVO    | DATA DI NASCITA | CONDIZIONE <sup>1</sup> |
|---------------|-----------------|-------------------------|
| Padre _____   | _____           | _____                   |
| Madre _____   | _____           | _____                   |
| Coniuge _____ | _____           | _____                   |

oppure

- chiede la sospensione dei benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/1994, inclusi i permessi mensili

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Ufficio Gestione del personale ogni variazione intervenuta.

Luogo e data

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali*

- I dati da lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento alla domanda per ottenere i benefici ai sensi della L. 104/92;
- il conferimento dei dati non è obbligatorio, ma in caso di mancato conferimento non potrà essere dato corso all'istanza presentata;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento, con sede in Piazza Dante 15 – 38122 Trento;
- responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio per la gestione delle risorse umane della scuola e della formazione che provvede alla nomina degli incaricati all'interno della struttura di sua competenza;
- i dati non sono/sono oggetto di comunicazione a soggetti esterni alla Provincia Autonoma di Trento;
- in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo n. 196/2003 citato, e cioè ottenere la conferma dell'esistenza dei dati, conoscere il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e chiederne la rettifica, la cancellazione o l'aggiornamento.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto Sig.....  
 sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

<sup>1</sup> E' sufficiente che uno dei soggetti menzionati si trovi nelle descritte situazioni (persone che hanno compiuto il 65 anno di età oppure soffrano di patologie invalidanti oppure siano deceduti o mancanti (divorzio, separazione legale, abbandono)).