



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



*Al Servizio per il Reclutamento e
Gestione del Personale della Scuola
Ufficio gestione rapporto lavoro del personale
della scuola
Tramite PITre*

DOMANDA DI AMMISSIONE AI BENEFICI LEGGE 104/1992 PER IL/LA FIGLIO/A

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ c.f. _____
residente nel comune di _____ () in Via _____
in servizio presso _____ in qualità di:

☐ **DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO**

☐ **DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO**

con rapporto di lavoro a tempo:

☐ **pieno**

☐ **parziale orizzontale**

☐ **parziale verticale annuale**

☐ **parziale verticale settimanale** _____ **ore** (con prestazione lavorativa nelle seguenti giornate _____);

CHIEDE

di fruire dei permessi mensili previsti dall'art. 33, c.3, della legge 104/92 per l'assistenza al/alla figlio/a _____ nato/a a _____ ()
il _____ c.f. _____ e residente nel Comune di _____ ()
in Via/Piazza _____ con condizione di
disabilità con necessità di sostegno molto elevato, dichiarata dal Centro sanitario competente con verbale
n. _____ di data _____;

☐ di fruire di giornate di permesso mensile previsti dall'art. 33, c. 3, della legge 104/92;

☐ di due ore (o un'ora se la prestazione lavorativa è inferiore alle 6 ore al giorno) di permesso giornaliero per tutti i giorni lavorativi dal _____ al _____¹;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole

¹ Può essere richiesto **solamente** per i /le figli/e minori di tre anni ai sensi dell' art. 42, c. 1 del D.Lgs n. 151 del 2001, art. 4 e 33 c.2 L.104/92.

altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

- ☐ che il/la figlio/a non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati²;
- ☐ che il/la figlio/a è impegnato/a in attività lavorativa a tempo determinato/indeterminato presso (indicare il datore di lavoro) _____ ed è beneficiario/a se lavoratore/lavoratrice dei permessi previsti dall'art. 33, c. 6 della legge n.104/1992 ☐ SI ☐ NO
- ☐ che si trova in condizione di genitore solo;
- ☐ che l'assistenza è prestata, in modo alternativo con l'altro genitore sig./ra _____ nato/a a _____ Prov. (____) il _____ codice fiscale _____ che presta attività lavorativa presso _____ a tempo determinato/indeterminato nel **limite massimo di tre giorni complessivi tra i 2 genitori**; e dichiara, in tal caso che i permessi previsti dalla Legge 104/92 mensilmente spettanti all'altro genitore, sono pari a (n. ore /n. giorni) _____;
- ☐ che l'altro genitore non presta attività lavorativa.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie fornite con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero oltre le 24 ore in ospedale o presso strutture sanitarie o di assistenza;
- la revisione del giudizio di disabilità con necessità di sostegno molto elevato, da parte della competente Commissione medica;
- la fruizione di permessi, per la stessa persona con disabilità, da parte di altri familiari.

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di aver preso visione dell'informativa generale privacy del Servizio per il reclutamento e la gestione del personale della scuola ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 consultabile nella sezione "Documenti e dati" del sito ufficiale della Provincia autonoma di Trento o direttamente al seguente link: <https://www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Documenti-di-supporto/Informativa-generale-privacy-Servizio-per-il-reclutamento-e-gestione-del-personale-della-scuola>

Luogo e data _____

FIRMA DEL DIPENDENTE

Per accettazione:

DIRIGENTE / COORDINATORE PEDAGOGICO

(TIMBRO E FIRMA)

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del/lla dipendente addetto/a a ricevere la documentazione sig./ra _____

² Fa eccezione il ricovero a tempo pieno di un minore per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore, nonché quello della persona con disabilità con necessità di sostegno molto elevato, in coma vigile e/o in situazione terminale, contesti questi assimilabili al piccolo minore.