



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE "ABBA - BALLINI"

Via Tirandi n. 3 - 25128 BRESCIA

tel. 030/307332-393363 - fax 030/303379

bstd150001@pec.istruzione.it www.abba-ballini.gov.it email: info@abba-ballini.gov.it



Al Dirigente Scolastico

SEDE

RICHIESTA PER USUFRUIRE DEI PERMESSI PREVISTI

DALL'ART. 33 DELLA LEGGE 104/92 (modificato dalla LEGGE 183/2010 e D. Lgs. 119/2011)

(CONIUGE-FIGLI MINORENNI E MAGGIORENNI – PARENTI E AFFINI

FINO AL SECONDO, E PER ALCUNI CASI PARTICOLARI PER IL TERZO GRADO)

Il /La Sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____) e residente a _____ (Prov. _____) in
Via/Piazza _____ n. _____, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di :

- DOCENTE T.I. T.D Part-time orizzontale Part-time verticale per _____
 ATA T.I. T.D Part-time orizzontale Part-time verticale per _____

con la presente istanza chiede di poter usufruire dei benefici previsti dalla legge in oggetto indicate in qualità di:

- Lavoratore disabile in situazione di disabilità (Art. 33, comma 6);
- Genitore per figlio di età inferiore a tre anni e fino a otto anni (Art. 33, comma 1-2-3);
- Genitore per figlio di età superiore a otto anni (Art. 33, comma 3);
- Coniuge, parente, e/o affine per familiare entro il 2° grado (Art. 33, comma 3);
- Parente e/o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado ((Art. 33, comma 3).

Allega alla presente la seguente documentazione

- Accertamento della situazione di Handicap con connotazione di gravità (cfr, art. 3, comma 3 della L. 10/92)
- Certificato medico per persona affetta da sindrome di down rilasciato ai sensi della legge 289/2002, art. 94
- Decreto di concessione o libretto di pensione per grandi invalidi di guerra e equiparati,
- copia del provvedimento di adozione e o affidamento rilasciato dalla Autorità competente.
- 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 ai sensi della legge 476/98
- Certificato da cui risulti il riconoscimento della patologia invalidante ai sensi del DM 278/2000
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000

Data, _____

Firma

Informativa

(art. 13 Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l'espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente da persone dell'Istituzione Scolastica appositamente incaricate e non saranno comunicati a terzi, se non per l'espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumenti informatici e con modalità strettamente funzionali alle attività indicate. Nei confronti di tali dati l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 196 (compreso l'accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l'integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco). Il titolare del trattamento è il Dirigente scolastico.

RICEVUTA

Il/La signor/a ha presentato in data odierna la presente domanda

TIMBRO DELLA SCUOLA E FIRMA DELL'ADDETTO

Data e numero di protocollo _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA e verificata la legittimità dell'istanza in oggetto e la documentazione allegata, informa la S.V. che ha diritto / non ha diritto* (indicare le motivazioni) a fruire dei benefici richiesti.

Si aggiunge, che la S.V. , **salvo dimostrate situazioni di urgenza** dovrà comunicare al Dirigente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese (un mese per l'altro), al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività didattica e amministrativa.

*Motivi per eventuale richiesta di documentazione e/o diniego: _____

Lì, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
