**Modello E**

**Al Dirigente Scolastico**

**I.I.S.S. Francesco Saverio NITTI di Napoli**

**Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETà di conferma dei benefici di cui all’art. 33, commi 3 e 6, Legge 104/1992 e successive modifiche e integrazioni.**

Il/Lasottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio nell’a.s. \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

a conoscenza delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa contenute nel DPR 445/2000 (TU in materia di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e, in particolare, delle sanzioni penali previste dell’art. 76 in caso di dichiarazione mendace e non veritiere e delle norme contenute nel D.Lgs. 165/2001 artt. 55 quater e 55 quinquies, consapevole altresì, che l’Amministrazione può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate ai sensi degli artt. 71 e seguenti del TU anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato,

**DICHIARA**

* che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall’art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona
* che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall’art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il proprio familiare: (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parte dell’unione civile, convivente, parente e affine)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) in Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_,

* che il familiare assistito non è ricoverato presso strutture di ricovero e/o cura (solo per chi ne fruisce per familiari)

**SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI GENITORI DI FIGLI DISABILI**

* che l’altro genitore beneficia dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 e s.m.i., per lo stesso figlio disabile, alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo previsto dalla legge (si allega dichiarazione di responsabilità dell’altro genitore)
* che l’altro genitore non beneficia dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 e s.m.i., per lo stesso figlio disabile

**SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI UNICO BENEFICIARIO**

* che nessun altro familiare, parte di un’unione civile/convivente/parente/affine usufruisce a sua volta di permessi per l’assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per la quale si chiedono i permessi mensili e alla quale si presta assistenza

**SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DUE O Più BENEFICIARI PER LA MEDESIMA PERSONA DISABILE**

* che, oltre al/alla sottoscritto/a, risultano beneficiari in via alternativa di permessi mensili per l’assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per la quale si chiede di prestare assistenza:
* sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parte di un’unione civile, convivente di fatto, parente e affine entro il 2° o 3° grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parte di un’unione civile, convivente di fatto, parente e affine entro il 2° o 3° grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che la fruizione dei permessi ex art. 33 della L. 104/92 avverrà in via alternativa tra il/la sottoscritto/a e i sopraelencati beneficiari inderogabilmente nel limite complessivo di tre giorni per l'assistenza alla suddetta persona con disabilità
* che, all’atto della richiesta di fruizione dei permessi ex art. 33 della L. 104/92, il /la sottoscritto/a comunicherà il numero di permessi complessivamente già fruiti dai beneficiari
* che il/la sottoscritto/a è consapevole delle conseguenze civili e penali in ordine al mancato rispetto del vincolo dei tre giorni per l'assistenza alla medesima persona con disabilità previsto dalla vigente normativa in caso di più beneficiari

 **SEZIONE DA COMPILARE DA PARTE DI TUTTI I RICHIEDENTI**

* che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni

**PER QUANTO DICHIARATO**

* si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso dell’Amministrazione e ancora in corso di validità

Allega:

 **Programma assenze per il figlio fino alla maggiore età (Modello C)**

 **Programma assenze per il figlio dopo la maggiore età, coniuge, e parenti affini (Modello D)**

 **Dichiarazione rilasciata dall’altro genitore (in caso di assistenza a figlio/a disabile) (Modello F)**

**Napoli\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Il/La Dichiarante**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMATIVA**

(art.13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e GDPR UE 679/2016))

La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l’espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente da personale dell’Istituzione Scolastica appositamente incaricato e non saranno comunicati a terzi, se non per l’espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumentazioni informatiche con modalità strettamente funzionali alle finalità 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 e del GDPR UE 67972016 (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 prof.ssa Annunziata Campolattano.