



Prot. N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Padova,

Al Direttore  
Al Direttore Amministrativo  
Sede

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AI BENEFICI PREVISTI DALL'ART. 33 DELLA LEGGE N. 104/92 PER PORTATORI DI HANDICAP (O CONIUGE-FIGLI MINORENNI E MAGGIORENNI – PARENTI E AFFINI FINO AL SECONDO E, PER ALCUNI CASI PARTICOLARI DI 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 in qualità di:

- |                                  |                               |                               |   |   |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. | <input type="checkbox"/> Part- time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part- time verticale |
| <input type="checkbox"/> ATA     | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. | <input type="checkbox"/> Part- time orizzontale | <input type="checkbox"/> Part- time verticale |

con la presente istanza chiede l'autorizzazione a poter usufruire dei benefici previsti dalla legge in oggetto indicata e vigente di cui all'art. 33 in qualità di:

- lavoratore disabile in situazione di gravità (comma 6)
- genitore per figlio di età inferiore a tre anni (comma 1-2-3- 4) ;
- genitore per figlio di età superiore a tre anni (comma 3);
- coniuge, parente,e/o affine per familiare entro il 2 grado (comma 3);
- coniuge, parente,e/o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3 grado (comma 3).

Precisa di voler usufruire:

- ai sensi del comma 3, di permessi giornalieri per max. di 3 giorni al mese.
- ai sensi del comma 2, di permessi orari giornalieri senza indicazione di un contingente massimo.

Allega alla presente la seguente documentazione

- Verbale ASL attestante la situazione di gravità inviato a firma del Direttore Responsabile della struttura provinciale INPS o, per le persone affette da sindrome di Down certificato del proprio medico di base (con allegata copia del cariotipo sulla cui base il medico curante ha rilasciato il certificato – legge 289/2002, art. 94) o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, decreto di concessione o libretto di pensione.
- Adozioni e affidamenti nazionali: copia del provvedimento di adozione e o di affidamento rilasciato dalla Autorità competente.
- Adozioni e affidamenti internazionali ai sensi della legge 476/98 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.
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000 (Mod.11)

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 personale dell'Istituzione appositamente incaricato 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 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 (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 Direttore Amministrativo.