

Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO: Domanda di permessi per assistenza ad un familiare disabile**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico in qualità di \_\_\_\_\_ con incarico a tempo

- indeterminato
- determinato

**C H I E D E**

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra (nome disabile) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
con il quale è nella seguente relazione di parentela: \_\_\_\_\_

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,**

**DICHIARA CHE:**

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- lo stato di famiglia del portatore di handicap è il seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Convivenza/ non Convivenza	Professione

- l'altro genitore:

Sig./ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
non dipendente / dipendente presso \_\_\_\_\_

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

- il soggetto in situazione di disabilità grave:

- non è coniugato;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;

- o è separato legalmente o divorziato;
- o è coniugato ma in situazione di abbandono;
- o ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- o ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

**ALLEGA:**

- o copia autentica del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- o IN ALTERNATIVA AL PUNTO PRECEDENTE: certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni ( in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- o dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge. **Allegato A**
- o dichiarazione dell'impossibilità di prestare assistenza al disabile e di non usufruire dei benefici della L. 104/92 resa da parte di tutti i familiari del disabile elencati nello stato di famiglia. **Allegato B**
- o Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà. **Allegato C**

**N. B.: Tutte le dichiarazioni vanno corredate da copia firmata di un documento di identità del dichiarante.**

Data \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**VISTA** l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata

Si autorizza

Non si autorizza – Motivo diniego \_\_\_\_\_

la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 via/piazza \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,**

***dichiara:***

- o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- o di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o di non essere ricoverato a tempo pieno;
- o di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- o di non prestare attività lavorativa;
- o di essere parente di (specificare il grado) \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- o di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 CF \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento

Tipo: \_\_\_\_\_  
 Numero: \_\_\_\_\_  
 Data emissione: \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI NON ASSISTENZA DEL FAMILIARE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
 in qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_ del disabile  
 Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,  
 per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,**

**dichiara:**

- di non prestare attività lavorativa;
- di prestare attività lavorativa presso \_\_\_\_\_
- consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92.
- di non poter prestare assistenza al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento

Tipo: \_\_\_\_\_  
 Numero: \_\_\_\_\_  
 Data emissione: \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del familiare

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
da allegare alla richiesta dei permessi

Il sottoscritto/a.....consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- a) che il familiare..... per la cui assistenza si richiede di godere dei benefici previsti dalla L.104/92 non è attualmente ricoverato a tempo pieno;
- b) che il sottoscritto è l'unico componente della famiglia che assiste il familiare disabile;
- c) che il predetto assistito ..... è in vita;
- d) che da parte della ASL non si è proceduto a rettifica e/o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;
- e) che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- f) che è consapevole che dette agevolazioni comportano un onere che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

Il sottoscritto dichiara altresì di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto.

Data.....

Firma.....

In fede

---

DICHIARAZIONE DI COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
(ART. 19 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,  
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

documento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ è conforme

all'originale e quanto attestato non è stato sospeso, revocato o modificato.

Luogo e data

Il / La Dichiarante

.....

.....