

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ITTIRI**

OGGETTO: richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente a _____ in via _____ n° _____
dipendente di questa scuola con il profilo professionale di _____
con contratto a: T.I ☐ oppure T.D. ☐ dal _____ al _____ part-time ☐ full-time ☐

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 – comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il proprio familiare portatore di handicap grave (riconosciuto ai sensi dell'**art.3 c.3** L.104/92):

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____

Data di nascita ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia _____

residente a _____ in via _____ n° _____

Il/La sottoscritt__, 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;
- l'altro genitore Sig. _____ C.F. _____
non dipendente / dipendente presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela / affinità **di 3° grado** (barrare i punti che interessano):
 - 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 patologia invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti;
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

L.104/a-modulo richiesta benefici L.104/92

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n.155;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).
- Si allega:
- E' presente agli atti della scuola la seguente documentazione:
- copia del verbale della apposita Commissione Medica 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;
- 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);
- 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; *
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;
- fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale del dichiarante.

_____, data _____

Firma

L.104/a-modulo richiesta benefici L.104/92

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)

(*)

DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE NON SA O NON PUÒ FIRMARE

Attesto che la dichiarazione in calce è stata resa in mia presenza dal soggetto disabile, identificato mediante (estremi documento di riconoscimento _____) il quale ha altresì dichiarato:

- di non saper firmare;
- di non poter firmare a causa di un impedimento permanente.

_____, data _____

Timbro e firma dell'addetto

=====

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ in via _____ n° _____

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

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere: ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ vedovo/a ☐ divorziato/a ☐ separato/a;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la Sig./ra _____
nat_____ a _____ prov. _____ il _____
C.F. _____ e residente a _____.
- allega copia del proprio documento di riconoscimento (tipo): _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____

_____, data _____

Firma
