

Al Dirigente Scolastico
1 C.D. PAPA GIOVANNI XXIII
VALENZANO (BA)

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE
DISABILE
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

COGNOME E NOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE.....

COMUNE DI RESIDENZA.....

INDIRIZZO.....

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

C.F.....e residente acon il quale è nella
seguinte 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;
- normativo altro beneficiario - circolare Inps n° 3096 del 05/08/2022
- l'altro genitore:
Sig./raC.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 con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - 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;
 - 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 genitori affetti da patologia invalidante;

- ❑ 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- ❑ copia 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.
- ❑ 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)
- ❑ certificato medico attestante il non ricovero a tempo pieno della persona portatrice di handicap
- ❑ copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Data.....

Firma del dipendente

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

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

Il/la sottoscritt..... nato/a a
ilresidente in..... prov..... via/piazza.....
cap..... 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 essere in condizione 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 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato ail.....CF.....e residente a

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da.....il.....

Firma

Luogo e data.....