

Via _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ___/___/19___ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____) in Via _____ n° _____

**AVENDONE I REQUISITI
C H I E D E**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza a:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data nascita ___/___/19___ Luogo nascita _____ residente a _____;

Portatore di handicap grave accertato in data ___/___/___ e valido fino al ___/___/___ (**senza revisione**)Ricoverato a tempo pieno: SI NO (indicare con una X)

Lo/a stesso/a essendo stato/a posto a conoscenza degli art.75 e 762 del DPR 445/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA CHE: nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;*(da compilare in caso di assistenza al figlio con disabilità grave)* l'altro genitore: Sig./ra _____ C.F. _____ è non dipendente; è 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;

(da compilare solo se il rapporto di parentela è di 3 grado) 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;

- di essere a conoscenza che quando richiede il permesso per la persona assistita, essendo la stessa in attività lavorativa, non presta la predetta attività;
- 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).

Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente e il portatore di handicaps: →

Allega alla presente la seguente documentazione:

(contrassegnare con un segno di X la documentazione che si allega o che si dichiara con autocertificazione):

- 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, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy").
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n°278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.
- 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.

Con la firma in calce il/la sottoscritto/a autorizza L'Istituto ai sensi della legge n. 675 del 31/12/1996, all'utilizzo dei dati personali raccolti nonché quelli relativi ai suoi familiari e a quelli che saranno raccolti nel corso del procedimento purchè trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Data, ___/___/201__

Il / La Richiedente

Firma leggibile

Firma resa dinanzi al responsabile del procedimento:

Timbro lineare dell'Ufficio

Ai sensi dell'art. 38 (L-R) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445, **attesto** che il/la Sig./ra beneficiario/a dei permessi della Legge 104/92 - art. 33, preventivamente ammonito/a sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Artt. 75 (R) e 76 (L) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445; ha reso e sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione.

Data, ___ / ___ / 201__

L'Incaricato

Esente da autentica ai sensi dell'art. 38 T.U.
D.P.R. n° 445/2000 ed esente da bollo ai
sensi dell'art. 37 del predetto DPR

Qualifica e Firma per esteso

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata (fotocopia autentica),

si autorizza **non si autorizza**

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

Motivi eventuale diniego:

Data, ___ / ___ / 201__



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritto/a

nato/a il ___/___/19___ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____) in Via _____ n° _____,
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.,
per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

D I C H I A R A

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione A s l di _____ (Prov. _____) 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 di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito/a soltanto dal Sig./ra _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il ___/___/___;
e residente a _____ Via _____.

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento n. _____
rilasciato da _____ il ___/___/___.

li ___/___/201___

Il/la Dichiarante