





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)

Ricovertato 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 \_\_\_\_\_ l'altro genitore C.F. \_\_\_\_\_  
 è non dipendente;  è un dipendente;  è in pensione;  
 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 i 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 handicap: →

**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 alla sottoscritta 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

Al 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 medesimo D.P.R.

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 eventuali d'invio:

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.I. 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Il \_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_

Il/la Dichiarante