

Al Dirigente Scolastico

Sede

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

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ in servizio presso questa  
istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto individuale di lavoro  
a tempo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire di n. giorni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

di fruire di n. ora/e \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

del/i permesso/i 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;
- l'altro genitore:  
Sig./ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
non/dipendente/ o 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 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; ovvero:
  - il soggetto in situazione di disabilità grave, ancorché ricoverato a tempo pieno, ha necessità di interrompere tale ricovero per recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per la effettuazione di visite e/o terapie debitamente certificate;
  - il soggetto in situazione di disabilità grave rileva essere in uno stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;
  - il soggetto in situazione di disabilità grave, ancorché ricoverato a tempo pieno, rileva essere un minore nei cui confronti i sanitari della struttura che lo ospita certificano la necessità di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.
- ❑ 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.
- ❑ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave nella quale viene indicato il familiare che deve prestare l'assistenza prevista dai termini di legge e viene precisato, altresì, che lo stesso assistito non risulta impegnato in attività lavorativa nelle stesse giornate in cui viene richiesto il permesso.
- ❑ 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.

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 ..... il .....residente  
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 di .....grado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato a .....il.....CF.....e residente a .....

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

Firma .....

Luogo e data.....