# Allegato n. 1

# Al Dirigente Scolastico

# dell’I.C. di Tarcento

# DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

**(LEGGE n.104/1992 ART 33 COMMA 3)**

## COGNOME E NOME

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

**CODICE FISCALE** **COMUNE DI RESIDENZA**

**INDIRIZZO**

**STATO GIURIDICO (docente …., Collaboratore scolastico, Ass. Amm.vo ….)**

Chiede di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/1992 (tre giorni mensili) 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite 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 invalidanti;
  + 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;

* si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno );
* assume, per la migliore organizzazione dell’attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all’intero mese di fruizione;

Data / /

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega

* copia del verbale definitivo/provvisorio 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 ( in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito).
* Certificato del medico specialista sulla 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 do separazione.
* fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data / /

Firma del dipendente

**DATI E DICHIARAZIONI 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 grave 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 a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Firma

Luogo e data