

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
"G. TOMASI DI LAMPEDUSA"  
GRAVINA DI CATANIA

*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**

.....

**DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA**

.....

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 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 / 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 coniuga
  - to 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)
- in caso di presentazione di certificazione provvisoria ai sensi della L. 114/14 art 25 comma 4 lett. C, che produce effetto fino all'emissione dell'accertamento definitivo da parte della Commissione medica dell'INPS, si impegna alla restituzione di quanto fruito a titolo di permesso, qualora l'accertamento definitivo non convalidi lo stato di handicap in situazione di gravità.

Si allega:

- copia del verbale, provvisorio/definitivo, 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)
- 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 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.....