

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSESTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE  
(LEGGE 104/2992 ART.33 COMMA 3)**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "P. Aldi"  
Manciano (GR)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ in servizio c/o codesta Istituzione  
Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_  
*docente – persone ATA* *determinato - indeterminato*  
presso la scuola \_\_\_\_\_ di , \_\_\_\_\_  
*infanzia – primaria – secondaria*

**CHIEDE**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 - comma 3 della legge 104/1992 per assistere  
\_\_l\_\_ sig./sig.ra \_\_\_\_\_ , con \_\_l\_\_ quale è nella seguente relazione di  
parentela \_\_\_\_\_ , nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
*(coniuge - figlio - madre - padre)*  
e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

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 familiare sig./sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ beneficia dei permessi giornalieri  
dipendente - non dipendente presso

per lo stesso soggetto con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due familiari;

il soggetto in situazione di disabilità grave, con il quale sussiste un rapporto di parentela di 3° grado:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> non è coniugato;  | <input type="checkbox"/> è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;          |
| <input type="checkbox"/> è vedovo/a;   | <input type="checkbox"/> è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;  |
| <input type="checkbox"/> è separato legalmente o divorziato;                     | <input type="checkbox"/> è coniugato ma in situazione di abbandono;                     |
| <input type="checkbox"/> ha uno e entrambi i genitori deceduti;                  | <input type="checkbox"/> è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;                    |
| <input type="checkbox"/> ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età; | <input type="checkbox"/> 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

**Si allega:**

- copia del verbale dell'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 in 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 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 S.S.N. 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

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOGGETTO DISABILE L.104/92**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali,  
richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

**DICHIARA**

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della 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 104/92 per sé;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_ ;
- di voler essere assistito soltanto dal/dalla sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

data, \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_