

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE
(legge 104/1992 art. 33 comma 3)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Serina

il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, Cod. Fisc. _____ residente a _____
Via _____ n. _____, in servizio in qualità di _____
presso L' ISTITUTO _____

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il/la Sig. _____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____ e residente a _____ con il/la 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;
- che la persona che si assiste non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati
- 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 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)

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.
- 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/della dipendente

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente a _____ prov _____

Via _____ n. _____ 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/dalla Sig. _____

nata a _____ il _____ CF _____

e residente a _____ Via _____.

Si allega copia del documento di riconoscimento n. _____, rilasciato

da _____ il _____

_____/_____/_____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

___L___ sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____, residente a _____
Via _____ n. ____, in servizio in qualità di _____
_____, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R.
28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente
conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del
D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la
propria responsabilità

D I C H I A R A

di essere l'unica parente (_____) disponibile ad assistere _____
Sig. _____ - nat ___
a _____ il _____, residente a _____
_____ in Via _____ n. _____
invalido/a ultrasessantacinquenne - con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di
compiere gli atti quotidiani della vita (vedi certificazione allegata).

Firma

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma **si allega fotocopia del documento di identità**. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____ prov _____
Via _____ n. _____ 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/dalla Sig. _____
nata a _____ il _____ CF _____
e residente a _____ Via _____.

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

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

___L___ sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____, residente a _____
Via _____ n. ____, in servizio in qualità di _____
_____, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R.
28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente
conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del
D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la
propria responsabilità

D I C H I A R A

di essere l'unica parente (_____) disponibile ad assistere _____
Sig. _____ - nat___
a _____ il _____, residente a
_____ in Via _____ n. _____
invalido/a ultrasessantacinquenne - con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di
compiere gli atti quotidiani della vita (vedi certificazione allegata).

Firma

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma **si allega fotocopia del documento di identità**. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

Dichiarazione personale dei fratelli /sorelle/ parenti e affini entro il terzo grado che non sono in grado di assistere il disabile

Il/la sottoscritto/a figlio/a fratello/sorella/parente/affine entro il terzo grado di disabile in situazione di gravità,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,

- **di non essere in grado** di effettuare l'assistenza al padre/alla madre/al fratello/sorella disabile,al parente/ all'affine entro il terzo grado in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e permanente, **per ragioni esclusivamente oggettive** tali da non consentire l'effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate,
.....
.....
.....
.....
.....
.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Data.....

Firma.....

Dichiarazione personale dei fratelli /sorelle/ parenti e affini entro il terzo grado che non sono in grado di assistere il disabile

Il/la sottoscritto/a figlio/a fratello/sorella/parente/affine entro il terzo grado di disabile in situazione di gravità,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,

- **di non essere in grado** di effettuare l'assistenza al padre/alla madre/al fratello/sorella disabile,al parente/ all'affine entro il terzo grado in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e permanente, **per ragioni esclusivamente oggettive** tali da non consentire l'effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate,
.....
.....
.....
.....
.....
.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Data.....

Firma.....