

Al Dirigente Scolastico
dell'ISS "DELPRETE -FALCONE"
SAVA

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____
prov. () il _____, in servizio in qualità di _____
a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 – comma 3 - della legge 104/1992 per assistere
il/la sig./sig.ra _____

(☐ coniuge ☐ figlio ☐ madre ☐ padre ☐ _____)

nato a _____ () il _____

e residente a _____ ()

Il/La sottoscritt _____, 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 o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave

☐ _____ (solo nel caso di figli) l'altro genitore sig./sig.ra _____
C.F. _____ ☐ non
dipendente / ☐ dipendente presso _____

_____ beneficia dei
permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e
nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

☐ che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

oppure

☐ che il soggetto in situazione di disabilità grave è ricoverato a tempo pieno ma necessita comunque di assistenza di un familiare (allegare documentazione)

- 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;
- 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).

Data _____

Firma _____

Allegati:

- ☐ copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 – comma 3- della Legge 104/1992;
- ☐ fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;

- dichiarazioni del disabile corredata da documenti di riconoscimento(*)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____
(____) il _____,
residente a _____ prov. (____)

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 Commissione
ASL di _____ il _____;

(in alternativa)

- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

- di non essere ricoverato a tempo pieno;

(in alternativa)

- di essere ricoverato a tempo pieno, ma di aver comunque bisogno di assistenza di un
familiare (allegare documentazione)

- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge
104/92 per se stesso;

(in alternativa)

- di non prestare attività lavorativa;

- _____ di essere parente di ____ grado del richiedente in quanto
_____;

- _____ di
voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nato/a a
_____ (____) il _____

C.F. _____

FIRMA

Oggetto: Autocertificazione per l'utilizzo della legge 104/92.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ Via _____

Informato ai sensi dell'art. 23 del DLgs. 196/03 sul rispetto del trattamento dei dati personali, ammonito delle responsabilità penali in caso

di dichiarazioni mendaci, valendomi della facoltà concessa dall'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/00 e successive modifiche ed integrazioni

DICHIARA

- ☐ di essere l'unico componente della famiglia che assiste **con continuità** ed in **via esclusiva** il familiare disabile;
- ☐ di NON essere l'unico componente della famiglia che assiste **con continuità** il familiare disabile e di fruire del predetto beneficio con _____ nato a _____ il _____
residente a _____ grado di parentela _____ occupato alle dipendenze di _____
con sede a _____
- ☐ che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è mai stato ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni.
- ☐ di impegnarsi a comunicare ogni variazione riguardo alla situazione di fatto e di diritto del titolare della fruizione condivisa Sig./ra

Data

IL DICHIARANTE
