

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ALIA –ROCCAPALUMBA – VALLEDOLMO**

*OGGETTO: DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE
DISABILE (LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3) PER L'A.S. 2021/2022*

COGNOME E NOME
.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE
.....

COMUNE DI RESIDENZA
.....

INDIRIZZO
.....

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA.....

chiede di fruire per l'A.S. 20__/_ dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere (nome disabile) nato/a il C.F: e residente a in via , con la quale è nella seguente relazione di parentela:.....

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dell'art. 75 del D.M emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 del citato decreto e sotto la propria responsabilità , dichiara che:

- di essere referente unico per l'assistenza della propria/o _____
- di non essere referente unico per l'assistenza della propria/o _____

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- un altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- Grado di parentela: _____

- l'altro genitore:
 Sig./raC.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 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 consegue 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 (con provvedimento valido fino al

..... rilasciato il dalla Commissione Medica dell'ASL. n..... di(pratica n.

- 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.

allega:
.....
.....
.....

Data.....

Firma del dipendente

.....

Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata si autorizza/ non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art.33 e successive modifiche.

Motivi per eventuale diniego: _____

Il Dirigente Scolastico
Prof. Antonino Mario La Mendola

