

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

(Per genitori di portatore di handicap grave con età superiore a 18 anni – coniuge-  
parenti/affini entro 3° grado di portatore di handicap grave)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

In servizio in codesto istituto in qualità di \_\_\_\_\_

Con contratto a tempo: determinato  indeterminato

CHIEDE

Di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92 per

Cognome e nome \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara:**

che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 Dicembre 2010 n. 155

che è convivente con il sottoscritto/a

che non è convivente con il sottoscritto/a (indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

\_\_\_\_\_

Distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. \_\_\_\_\_

Tempi medi di percorrenza \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a 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, e che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione dichiara che:

che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap

di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap

che con il soggetto di situazione di disabilità grave sussiste un rapporto di parentela/affinità entro il 3° grado

che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (decesso, ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, modifica del giudizio sulla gravità dell'handicap...)

Si allega :

Verbale della A.S.L competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell'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 gg (in caso di patologie oncologiche) o 90 (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 A.S.L ( verbale da presentare non appena disponibile)

MANCATA INDICAZIONE NOME UNIVERSITA'

Dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista nei 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

Roma, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

Per presa visione

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_