Al Dirigente Scolastico
IC "Rita Levi Montalcini"
Spezzano Albanese

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE
(LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3)
(DA RINNOVARE OGNI ANNO FERMO RESTANDO L'OBBLIGO DI IMMEDIATA COMUNICAZIONE ALL'AMMINISTRAZIONE DI EVENTUALI VARIAZIONI INTERVENUTE SUCCESSIVAMENTE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA)

Il/La sottoscritto/a ……,

nato/a a ……..……..(Prov. …….……), il

…….……..(Cod.Fisc:.…….),

residente in ……..…… (Prov ……),

Via …….. n. ……,

domiciliato/a in ……..….. (Prov ……...),

via ……. n. ……, in servizio c/o Codesta Scuola

in qualità di……...……. con

contratto

- **a Tempo indeterminato**
- **a Tempo determinato**

e-mail_____Pec_____cell. n._____

chiede

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/1992, al fine di poter assistere il/la Sig./ra (Nome del Disabile)……..
……, nato/a a……(Prov……...),
il……...(Cod.Fisc:……),
residente a ……(Prov……...),
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 previsti dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,**
dichiara che:

- ☐ l'INPS di _____, nella seduta del __/__/____, **ha riconosciuto la gravità dell'handicap** (ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992), con data di rivedibilità al _____/senza data di rivedibilità, come risulta dalla *certificazione ASL* che si allega / che trovasi già acquisita agli atti della scuola;

- ☐ in attesa della convocazione a visita di accertamento (essendo decorsi 90 giorni dalla predetta istanza) lo stato di handicap grave della persona sopra indicata risulta accertato dal medico specialista ASL della patologia inerente l'handicap, come risulta da certificazione provvisoria che si allega;

- ☐ i seguenti familiari beneficiano 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;

- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela / affinità di 3° grado:

  - o non è coniugato;
  - o è vedovo/a;
  - o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
  - o è separato legalmente o divorziato;
  - o è coniugato ma in situazione di abbandono;
  - o ha uno o entrambi i genitori deceduti;
  - o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
  - o 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 vengono indicati i familiari che debbano 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, 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.

- ☐ dichiarazioni parenti/assistenti disabile;

- ☐ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Luogo e Data……

Firma autografa del dipendente

……..

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, considera

- regolare
- irregolare

la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modifiche ed integrazioni.
Motivi di eventuale irregolarità:_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____