

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine, coniuge, parte dell'unione civile o convivente di fatto di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)
A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

- Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:
Cognome e Nome _____ Grado di parentela/convivenza ¹ _____
(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____
Residente a _____, in Via/Piazza _____
come risulta dalla certificazione che si allega;

Solo per coloro che richiedono i permessi per parenti o affini di terzo grado:
il coniuge, la parte dell'unione civile o il/la convivente di fatto o i genitori della persona in situazione di
disabilità grave

- hanno compiuto i sessantacinque anni di età;
- sono affetti da patologie invalidanti;
- sono deceduti o mancanti;

come risulta dall'idonea certificazione che si allega;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno con le eccezioni (certificate da idonea documentazione) previste dalla circolare n. 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica;

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
parente o affine entro il 2° grado o 3° nei casi previsti dalla legge 183/2010 (specificare se: padre, nuora, ecc.);
coniuge o parte dell'unione civile; convivente di fatto.

O p p u r e

di essere a conoscenza che:

- il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art.33, comma 3, L.104/92 e s.m.i, per l'assistenza del familiare disabile sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, L. 104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);
- in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile.

che, oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

Cognome _____ **Nome** _____

nat __ a _____ (Prov. _____) il ____/ ____/ __,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

Cognome _____ **Nome** _____

nat __ a _____ (Prov. _____) il ____/ ____/ __,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

Dichiara, inoltre:

- che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;
- che la distanza chilometrica tra la residenza del beneficiato e quella dell'assistito è di Km _____;
- di impegnarsi ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, solo nel caso di distanza superiore a 150 Km;

- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; di essere inoltre 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 solo per l'effettiva tutela dei disabili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sovraesposti (ricovero a tempo pieno dell'assistito presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, etc.);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- di impegnarsi, salvo dimostrate situazioni di urgenza, a comunicare al Dirigente le assenze dal servizio per la fruizione dei permessi, con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa.

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);
- 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.

Il/la Dichiarante

Data _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera o in seguito al venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei permessi richiesti.

***** (Spazio riservato all'ufficio)*****

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 modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Rimini, _____

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA AI FAMILIARI DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni)

DATI E DICHIARAZIONE DELLA PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____, C.F. _____, residente a _____,
prov. _____, in via _____, Cap _____, consapevole, ai sensi
dell'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste
per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara

di essere coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto, parente o affine entro il secondo grado
(specificare rapporto di parentela o affinità – es.: figlio, cognato, ecc.) _____
del/della richiedente sig./sig.ra _____ dal/dalla quale intendo
essere assistito;

di essere parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità – es.: nipote, zio)
_____ del/della richiedente sig./sig.ra _____
dal/dalla quale intendo essere assistito/a e di essere nelle condizioni dichiarate a pag. 1 del modulo
dal/dalla richiedente medesimo/a;

di essere in stato di handicap, in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione di
_____;

di non essere ricoverato/a a tempo pieno;

Luogo e data

Firma _____
(se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato,
la presente dichiarazione deve essere inoltrata
unitamente a un documento di riconoscimento)

Oggetto: Dichiarazione, in caso di fruizione di benefici L.104/'92 condivisa, dell'altro fruitore

IL/la sottoscritto/a.....

nato/a ail.....

Codice fiscalein servizio presso..... Via
.....

Comune di cap.....

telefono.....

Usufruendo dei benefici della (L.104/'92 art.33 comma3), in condivisione con il/la

Sig./ra in servizio presso Circolo didattico 6 di Rimini:

DICHIARA
(ai sensi del DPR 445/2000)

1. Di aver fruito dei seguenti gg. dei benefici previsti dal comma3, art.33 della L.104'92 relativamente ai tre gg mensili
Il data
Il data
Il data

2. di non fruire dei benefici previsti dal comma3, art.33 della L.104'92, nella medesima data del richiedente

Data.....

FIRMA

.....
(se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente a un documento di riconoscimento)