

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISIS " F.DE SANCTIS-O.D'AGOSTINO - AMATUCCI  
DI AVELLINO

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(LEGGE 104/1992 ART. 3 COMMA 3)

COGNOME E NOME

---

LUOGO E DATA DI NASCITA

---

CODICE FISCALE

---

COMUNE DI RESIDENZA

---

INDIRIZZO

---

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

---

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, per poter assistere

il sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a ad \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ C/F: \_\_\_\_\_ con il /la quale e' 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 previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- nessun altro familiare beneficia 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:
  - 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.
- 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.

Data.....

Firma del dipendente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
-DPR.28 DICEMBRE 2000 N.445 ART.46- 47

Il/La sottoscritto/a ( cognome).....(nome).....  
nato/a a .....prov.....il.....  
residente in.....via.....n°.....  
c.a.p.....cod.fisc.....

DICHLARA:

- di provvedere all'assistenza (art.33 comma 3 L.104/92)  
del sig./sig.ra.....nato/a.....  
dichiarato in situazione di disabilità grave.
- che esiste grado di parentela/affinità con la persona da assistere art.33 comma 3 L.104/92 entro il terzo  
grado (specificare).....
- a)  che genitori.....  
o il coniuge..... della persona con handicap grave hanno  
compiuto 65 anni di età;
- b)  che genitori.....  
o il coniuge..... della persona con handicap grave sono affetti  
da patologie invalidanti a carattere permanente rientranti nell'elenco di cui al Decreto Interministeriale  
n.278 del 21.07.2000, come risulta dalla documentazione che si allega alla presente;
- c)  che genitori.....  
o il coniuge..... della persona con handicap grave sono  
deceduti
- d)  che genitori.....  
o il coniuge..... della persona con handicap grave sono  
mancanti come risulta dalla documentazione che si allega alla presente;

ALLEGA: la documentazione sanitaria/giudiziaria/altra pubblica autorità che attesti la ricorrenza delle notizie e delle  
situazioni necessarie come requisito per l'accesso ai benefici in caso di parentela o affinità di terzo grado.

IL DICHIARANTE.....

AVVERTENZA: Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla  
veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della  
dichiarazione non veritiera (art. 75 e 76 DPR 28-12-2000 n. 445), con l'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 433 del C.P. "Falsità ideologica commessa  
dal privato in atto pubblico" (che prevede la sanzione della reclusione fino a due anni).

Il/La sottoscritto/a, con la presente, autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, nell'ambito e per i fini istituzionali della  
Pubblica Amministrazione ( D. Lgs. n. 196/03)

IL DICHIARANTE.....

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**  
**(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a a  
..... il .....residente in.....  
prov..... via/piazza..... cap.....  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28  
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- o di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o di non essere ricoverato a tempo pieno;
- o di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- o di non prestare attività lavorativa;
- o di essere parente di .....grado del richiedente in quanto.....;
- o di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato a .....il.....CF.....e residente a .....

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da.....il.....

Firma .....

Luogo e data.....

DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ANAGRAFICA CON  
L'HANDICAPPATO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_,  
qualifica \_\_\_\_\_ avendo chiesto di beneficiare dell'art.  
33 della legge 104/1992

*DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ*

ai sensi della legge n. 15/1968, e DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente  
con \_\_\_\_\_ (specificare la  
relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_ unitamente al  
quale abita nel Comune di \_\_\_\_\_ ( ) via  
\_\_\_\_\_ e che la descritta situazione risulta agli atti  
dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt\_ adempito alle prescrizioni dell'art. 13 del  
DPR n° 223/89.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_