

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Superiore
De Sanctis - D'Agostino - Amatuucci

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./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.
- 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 aprov.....il.....
residente in.....via.....n°.....
c.a.p.....cod.fisc.....

DICHIARA:

- 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 sorgano 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. 483 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

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 _____ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del
DPR n° 223/89.

_____ li _____

Firma

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

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... ilresidente 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:

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

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

Firma

Luogo e data.....

*Al Dirigente Scolastico
Istituto Superiore
De Sanctis - D'Agostino - Amatucci
Avellino*

Oggetto: Conferma richiesta fruizione permessi di cui alla Legge 104/92

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov.(____) il _____, in servizio
presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____
avendo inoltrato nell'anno scolastico ____/____ presso codesto istituto tutta la documentazione
relativa al beneficio della fruizione dei permessi di cui alla Legge n. 104/92 e successive modifiche
ed integrazioni, consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla
stessa persona con handicap in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate
dall'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici
eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di
cui all'art. 75 del DPR 445/2000, che le condizioni che hanno dato atto alla concessione dei benefici
non sono cambiate, e pertanto ha diritto a fruire dei permessi in esame anche nel corrente
a.s. /

Avellino, _____

firma

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Data ricezione: _____

prot. _____ FP