

**RICHIESTA PER USUFRUIRE DEI PERMESSI PREVISTI DALL'ART. 33 DELLA LEGGE N.104/92  
(modificato dalla LEGGE 183/2010 e D.Lgs. 119/2011)**

**(Beneficio personale oppure per: Coniuge – Figli Minorenni e Maggiorenni – Parenti e Affini fino al secondo grado e, per alcuni casi particolari per il terzo grado)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

in servizio nell' A.S. 202\_\_\_\_/202\_\_\_\_ presso questa Istituzione Scolastica in qualità di:

Docente       ATA – Collaboratore Scolastico       ATA – Assistente Amministrativo

**Con contratto:**     a Tempo Indeterminato       a Tempo Determinato

Part-Time orizzontale     Part-Time verticale

**CHIEDE**

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

- Lavoratore disabile in situazione di gravità;  
 Genitore per figlio di età inferiore a tre anni e fino a otto anni;  
 Genitore per figlio di età superiore a otto anni;  
 Parente, affine o coniuge di una persona con disabilità \*Grado di parentela \_\_\_\_\_ :

- |   |   |  |                                  |                                 |
|---|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> padre                        | <input type="checkbox"/> madre              | <input type="checkbox"/> fratello  | <input type="checkbox"/> sorella | <input type="checkbox"/> figlio |
| <input type="checkbox"/> coniuge                      | <input type="checkbox"/> unito/a civilmente | <input type="checkbox"/> convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016) |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> parente entro il _____ grado |   |  |                                  |                                 |

**consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per dichiarazioni mendaci e false attestazioni, sotto la sua personale responsabilità,**

**DICHIARA**

a) 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 \_\_\_\_\_

(data di adozione/affido) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione che si allega.

\**Grado di Parentela (indicare se: Figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento) Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: Padre, Madre, Nuora etc...)*

b) che la famiglia anagrafica della persona \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome della persona in situazione di grave disabilità)  
per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

| Cognome e Nome | Luogo e data di nascita | Rapporto di parentela col soggetto disabile | (se lavoratore) Dati del datore di lavoro |
|----------------|-------------------------|---|---|
|                |                         |   |   |
|                |                         |   |   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

- la persona disabile in situazione di gravità per l'assistenza per la quale vengono richiesti i permessi è attualmente in vita;
- che la persona disabile in situazione di gravità per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso Istituti specializzati;
- che la persona disabile in situazione di gravità è ricoverato/a a tempo pieno presso \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ ma i sanitari della struttura hanno richiesto la presenza del/lla sottoscritto/a (allego documentazione);
- il/la sottoscritto/a è l'unico/a referente/componente della famiglia, che assiste il familiare disabile;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- che il/i familiare/i \_\_\_\_\_ beneficia/no alternativamente di tre giorni di permesso in giorni diversi, per il medesimo parente disabile grave ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della Legge 104/92, fermo restando il limite complessivo di tre giorni al mese;
- che l'altro genitore:  
Sig./ra .....C.F.....
- non dipendente
- dipendente presso.....di .....
- beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/la sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- che da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;
- di risiedere in Comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- di risiedere in Comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- che il/la figlio/a \_\_\_\_\_ disabile è stato/a adottato/a in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data di ingresso del minore nella famiglia) con atto dell'autorità competente \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (come risulta dal provvedimento allegato);
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM del 21 Luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ allegata (eccezione per il terzo grado);
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono mancanti (eccezione per il terzo grado) per:
  - decesso;
  - il coniuge della persona in situazione di handicap ha compiuto i 65 anni;
  - il/i genitore/i della persona in situazione di handicap hanno compiuto i 65 anni
- che l'assistenza è prestata nei confronti del/lla disabile per il/la quale sono chieste le agevolazioni.

**A tal fine dichiara:**

- di essere in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

di essere 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 del disabile;

che 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*), consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli art. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R.. 28/12/2000, n° 445.

**Allega alla presente:**

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;

IN ALTERNATIVA AL PUNTO PRECEDENTE 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;

Copia del provvedimento di adozione e/o affidamento rilasciato da Autorità competente;

Certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione e l'affidamento del giudice Straniero e l'avvio del procedimento di convalida da parte del giudice Italiano ai sensi della Legge 476/98;

Dichiarazione sulla composizione del nucleo familiare in rapporto al grado di parentela con la persona da assistere;

Dichiarazioni (eventuali) degli altri componenti la famiglia dell'assistito sulle motivazioni oggettive che impediscono l'assistenza alla persona in situazione di handicap e che gli stessi non fruiscono dei benefici della L. 104/92 per lo stesso soggetto portatore di handicap (ALLEGATO N. 1);

Copia del documento di identità del richiedente;

Copia del documento di identità dell'assistito;

Copia del/dei documento/i d'identità degli altri componenti della famiglia dell'assistito;

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il/la sottoscritto/a medesimo è l'unico/ referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva (ALLEGATO N. 2).

***(in caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio).***

Colle Val d'Elsa (SI), lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**IN FEDE**  
**Il/La Dipendente**

\_\_\_\_\_  
*(Firma leggibile e per esteso)*

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

## INFORMATIVA

**(art. 13 Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n° 196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

La compilazione del presente modulo serve esclusivamente per l'espletamento della relativa pratica. I dati conferiti saranno trattati esclusivamente da personale dell'Istituzione Scolastica appositamente incaricato e non saranno comunicati a terzi, se non per l'espletamento degli obblighi di legge. Saranno trattati dal nostro Ufficio anche mediante strumenti informatici e con modalità strettamente funzionali alle finalità indicate. Nei confronti di tali dati l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (compreso l'accesso ai relativi dati per chiederne la correzione, l'integrazione e, ricorrendone le condizioni, la cancellazione o il blocco). Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti, ai sensi del D.lgs 193/ 2003.

Colle Val d'Elsa (SI), li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**IN FEDE**

**Il/La Dipendente**

\_\_\_\_\_  
*(Firma leggibile e per esteso)*

## IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, informa la S.V. che**

Ha Diritto

NON ha Diritto (indicare le motivazioni) \_\_\_\_\_  
a fruizione dei benefici richiesti.

Pertanto,

Autorizza     NON Autorizza

la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Colle Val d'Elsa (SI), li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Il Dirigente scolastico**

\_\_\_\_\_