

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Albano Loc. Cecchina  
Piazza XXV aprile s.n.c.  
Albano Laziale (RM)

DOMANDA DI PERMESSO PER ASSISTENZA AD UN FAMILARE  
DISABILE  
(LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3)

COGNOME E NOME

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

CODICE FISCALE

.....

COMUNE DI RESIDENZA

.....

INDIRIZZO

.....

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere  
Il Sig./ra ..... nato/a.....  
Il..... C.F..... e residente a.....  
..... con il quale ha la 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 per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente  
al sottoscritto e nel limite massimo di 3 giorni al mese.

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 patologia invalidanti;
- 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 i 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.
- \_\_\_ Il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno
- \_\_\_ 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 dell'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 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.
- \_\_\_ 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

.....

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

Il/la sottoscritt.....  
Nato/a.....prov.....il.....residente a.....  
.....via/piazza.....cap.....

Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, 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 condizioni 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 di .....grado - affine di .....grado del richiedente in quanto.....
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....  
nato/a .....prov.....il.....  
C.F. ....e residente a.....  
via/piazza.....

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

Luogo e data.....

Firma.....

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI AVENTI TITOLO AD ASSISTERE  
IL DISABILE

Il sottoscritto

Cognome.....

Nome.....

Comune di nascita.....Prov.....

Data di nascita.....

Comune di residenza.....Prov.....

Indirizzo.....

Relazione di parentela  
o affinità col  
disabile .....

I sensi dell'art. 46 D.P.R. 28.12/2000 n. 445, consapevole delle conseguenze di cui agli artt.  
75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al  
Familiare disabile Sig./ra..... Per i seguenti motivi:

.....

E pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 3 L. 104/92 e di non averne beneficiato in  
precedenza.

Data.....

Firma.....

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità