

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA AI FAMILIARI IN CONDIZIONE DI  
DISABILITA' GRAVE

(coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni)

(art. 33 comma 3 legge 104/92 e art. 42 T.U. sulla maternità e paternità-D.L. 151/2001 come modificato dalla legge n. 350/2003 e dalla Legge 183 del 4/11/2010 – art. 24)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELLA DIREZIONE DIDATTICA  
DI ZOLA PREDOSA

**DATI RICHIEDENTE**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ n. di

telefono \_\_\_\_\_ grado di parentela con il disabile \_\_\_\_\_

CHIEDE

di usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 delle Legge 104/1992 per poter assistere

il/la Sig./ra ( \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ **con il quale il richiedente è**

**nella seguente situazione di parentela:**

**DISTANZA CHILOMETRICA TRA LE DUE ABITAZIONI: superiore/inferiore a 150 Km**

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 :(se il beneficio è richiesto per un figlio)

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: (VEDERE NOTA 1)
  - 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

**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:

- 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 di .....grado del richiedente in quanto.....;
- 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.....