

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO BRUINO

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt__ _____ nat__ a
_____ prov. (____) il _____,
qualifica_____ tempo determinato/indeterminato presso

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. _____ (coniuge / figlio / madre / padre / _____) nato a _____ -prov. _____ - il _____ e residente a _____ -prov. _____ -
Via _____

Il/L__ sottoscritt__, 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:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. _____;
- l'altro genitore sig. _____ C.F. _____ non dipendente / dipendente presso _____

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla 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 invalidanti;
- è separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologie invalidanti;

- 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 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 (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____li _____

Firma del dichiarante

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione (*)

(*)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (_____) il _____, residente
a _____ -prov. _____ - Via _____
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni
non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni 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 104/92
per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata
a _____ -prov. _____ - il _____
C.F. _____ e residente in _____

_____, _____

FIRMA

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELL'HANDICAPPATO

Il/La sottoscritt_____ nat_____

A_____ prov (____) il _____

Il/La sottoscritt_____ nat_____

A_____ prov (____) il _____

Il/La sottoscritt_____ nat_____

A_____ prov (____) il _____

Il/La sottoscritt_____ nat_____

A_____ prov (____) il _____

Convivente con il / la Sig_____ (specificare la relazione di
parentela o affinità)_____, familiare disabile, con il quale
abitano nel Comune di_____ (____)

Via _____

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILTA'

Ai sensi della legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici dell' art 33, legge 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____, _____

FIRME _____
