

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
( ) il \_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_  
tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

### 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/La 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:

- ☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
- ☐ di essere anche l'unico figlio che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.L.vo n. 151/2001.
- ☐ (eventuale) 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;
- ☐ di essere l'unico figlio/a convivente con il genitore disabile.
- ☐ che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- 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;
- 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

#### 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 propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- ☐ dichiarazioni del disabile e/o dei parenti corredate da documenti di riconoscimento(\*)

## 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 \_\_\_\_\_;
  - ☐ (*in alternativa*) 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;
  - ☐ (*in alternativa*) 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

\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
Ist. Comprensivo "T. Anardi"  
SCAFATI (SA)

**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 \_\_\_\_\_

coniunti del Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la  
relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, familiare disabile, con il  
quale abitano nel Comune di \_\_\_\_\_ ( ) via  
\_\_\_\_\_

***DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'***

ai sensi della legge n° 15/68 e successive modificazioni, di non essere nelle condizioni di prestare  
assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti  
motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei  
benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Scafati, \_\_\_\_\_

Firme

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_