Al Dirigente Scolastico dell’I.C. PORTO ROMANO

FIUMICINO

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

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

# C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall’art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere \_l\_ (□ **coniuge** □ **figlio** □ **madre** □ **padre** / □ ) nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il/la quale l’ASL/INPS di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha riconosciuto la gravità dell’handicap (ai sensi dell’art.3 comma3 della legge 104/1992) con scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ 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
* ovvero di prestare assistenza alla persona sopra indicata in alternativa con

il/la Sig.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il/la Sig.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra gli assistenti (si allega dichiarazione di responsabilità degli altri di cui sopra) (**D.lgs n. 105 del 13/08/2022**);

* *(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;

* 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;*

\_l\_ sottoscritt\_\_ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua 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 degli eventuali altri richiedenti gli stessi benefici (allegare documento di identità)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscrit 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 da il/la sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* e in alternativa da il/la sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Il /la sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data,

FIRMA

DICHIARAZIONE ALTRI BENEFICIARI

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_ \_ \_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_\_, 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

di usufruire dei permessi previsti dall’art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere \_l\_ (□ **coniuge** □ **figlio** □ **madre** □ **padre** / □ ) nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_prov.\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in alternativa a \_\_ Sig\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e a \_\_ Sig\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra gli assistenti.

Data,

FIRMA