

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE  
( legge 104/1992 art. 33 comma 3)

.... sottoscritt. \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In servizio in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_ presso codesto Istituto

**CHIEDE**

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della Legge 104/1992 per poter assistere il/la Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con il/la quale è nella 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. .... 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 entro il  
3° grado:

non è coniugato

è separato legalmente o divorziato

è vedovo/a

è coniugato ma in situazione di abbandono

è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età

ha uno o entrambi i genitori deceduti

è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante

è stato coniugato ma il coniuge è deceduto

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;

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 Circ. 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 L. 104/1992 in capo al soggetto che necessita 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 presentarsi 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 .pr.evista daLtermini 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.

\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_

In fede (nome e cognome del dipendente)

Una volta compilato salvare il modulo sul proprio PC e inviarlo via email al seguente indirizzo: [rmic8f400v@istruzione.it](mailto:rmic8f400v@istruzione.it)