

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo di

Oggetto: *istanza tendente alla concessione dei permessi per assistenza ad un familiare Disabile –  
LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio presso questa  
Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ con il quale è nella seguente  
relazione di parentela: \_\_\_\_\_

Lo stesso/a essendo stato/a posto a conoscenza degli art.75 e 762 del DPR 445/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

### DICHIARA CHE:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore:  
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:
  - 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 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 circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- di essere a conoscenza che quando richiede il permesso per la persona assistita, essendo la stessa in attività lavorativa, non presta la predetta attività;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto
- da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Allega alla presente la seguente documentazione:

- 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, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.
- 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.

---

<sup>2</sup> "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

<sup>3</sup> Barrare la voce che interessa

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**OGGETTO:** Dichiarazione di responsabilità inerente la **richiesta di fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in  
servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

avendo inoltrato istanza di richiesta relativa ai permessi di cui alla legge 104/1992 e s.m.i., essendo stato posto a conoscenza degli artt. 75 e 76<sup>1</sup> del DPR 444/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che lo stesso datore di lavoro può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

#### DICHIARA

sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare entro 30 gg. dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel modello di richiesta, con particolare riferimento a:

1. eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità;
2. revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica di cui all'art. 4 comma 1 legge 104 del 1992 e successive modifiche, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1 del decreto legge n° 78 del 1° luglio 2009 convertito nella legge n° 102 del 3 agosto 2009;
3. modifiche ai periodi di permesso richiesti;
4. eventuale decesso del disabile.

\_\_\_\_\_ ,  
In fede  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

**1) DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NON RICOVERABILITA' A TEMPO PIENO DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/la sottoscritto/a in qualità di richiedente dei benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara che il soggetto disabile al quale assicurerà l'assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie dipendenti da A.S.L.

li \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

**2) DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL DISABILE MAGGIORENNE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ meglio generalizzato/a a pag. 1 della presente istanza, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA**

il proprio gradimento circa l'assistenza che il/la richiedente dei benefici vorrà assicurargli/le a causa delle ridotte capacità procurate dalla disabilità in essere.

li \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

**3. DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COMUNICARE VARIAZIONI**

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA**

che comunicherà con tempestività ogni eventuale modifica interessante la concessione dei benefici richiesti ai sensi della legge 104/92.

li \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

**4. DICHIARAZIONE CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE USUFRUISCE DEI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92 PER IL SOGGETTO DISABILE**

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA**

che nessun altro componente il nucleo familiare o parente del soggetto disabile interessato alla presente istanza ha in godimento i benefici di cui alla legge 104/92.

li \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

**5. DICHIARAZIONE IN CASO DI NON CONVIVENZA CON LA PERSONA DA ASSISTERE**

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA**

di assistere in via continuativa ed esclusiva il proprio familiare \_\_\_\_\_

li \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

*(nel caso che le dichiarazioni non vengano firmate davanti al responsabile del procedimento) Alla presente allega fotocopia della carta di identità in corso di validità del soggetto disabile e del soggetto che richiede.*

**Firma resa dinanzi al responsabile del procedimento:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_ dichiara che la sua estesa firma è stata posta in sua presenza dal dichiarante identificato mediante \_\_\_\_\_.

Il responsabile del procedimento  
\_\_\_\_\_

25

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**  
**(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 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 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 Sig./ra \_\_\_\_\_ in quanto \_\_\_\_\_;
- consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito dal Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_.

Firma

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_