

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.S. RE CAPRIATA**

**Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN
FAMILIARE DISABILE – (Legge n. 104/1992 art.33 comma 3)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ 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/la sig./ra _____ nato/a il _____
a _____ () C.F. _____
e residente in _____
con il/la quale è nella seguente relazione di parentela: _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle stabilite e delle pene stabilite dalla legge per false
attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000) e che la S.V. può procedere ad accertare la
veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA CHE:

l'ASL di _____, nella seduta del ___/___/____, **ha
riconosciuto la gravità dell'handicap** (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), con data
di rivedibilità al _____/senza data di rivedibilità, come risulta dalla certificazione ASL
che si allega / che trovasi già acquisita agli atti della scuola;

in attesa della convocazione a visita di accertamento (essendo decorsi 90 giorni dalla predetta istanza)
lo stato di handicap grave della persona sopra indicata risulta accertato dal medico specialista ASL
della patologia inerente l'handicap, come risulta da certificazione provvisoria che si allega;

nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

l'altro genitore: sig./ra _____ nato/a il _____
a _____ () C.F. _____

non dipendente/dipendente presso _____

beneficia/non 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 (barrare la voce che interessa):

- 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 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;

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;

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;

è a conoscenza che quando richiede il permesso, la persona assistita, pur essendo la stessa in attività lavorativa, non deve essere impegnato in attività lavorativa nella stessa giornata in cui è richiesto il permesso;

si impegna a comunicare al Dirigente scolastico - mediante elaborazione di apposito piano mensile - le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione dei servizi.

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto comunicato/autocertificato con la presente, a cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, esito degli accertamenti da parte della Commissione ASL competente, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

consapevole che tali benefici vengono rilasciati senza che l'iter previsto dalla normativa sia concluso, dichiara che, dopo la scadenza dei primi 6 mesi (periodo massimo fruibile in attesa di conclusione del procedimento) in caso di provvedimento definitivo negativo, è tenuto/a a restituire quanto fruito dopo la scadenza dei primi sei mesi poiché divenuto indebitato.

che, preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta:

- 1) al trattamento di eventuali dati sensibili;
- 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

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.

certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n.278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della 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 (*i permessi possono essere fruiti da un solo familiare per ogni persona disabile grave*).

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.

dichiarazione di altri fratelli/sorelle che non usufruiscono di non poter assistere con allegata fotocopia documento di identità (*non è necessaria se la persona che richiede il permesso è figlio/a unico/a e/o convivente*)

nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Licata, _____

Firma del dipendente

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, considera regolare/irregolare la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e succ. mod.

Motivi di eventuale irregolarità: _____

Il Dirigente Scolastico

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELL'HANDICAPPATO**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
prov. () il _____

Nella sua qualità di (specificare la relazione di parentela o affinità) _____

Del/lla sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

in situazione di handicap grave .

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 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.

_____ li, _____

Firma
