



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE
2° CIRCOLO " SAN FELICE "**

Largo San Vincenzo, n. 2 - 94014 NICOSIA (EN) – Tel. e Fax 0935/647464

Cod. Mec. : ENEE062002 – Cod. Fiscale: 81001950864

e-mail: enee062002@istruzione.it; enee062002@pec.istruzione.it;

sito istituzionale: <http://www.secondocircolonicosia.edu.it>

PROT. _____ / _____

DEL ____ / ____ / _____

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(LEGGE n. 104/1992 ART.33 COMMA 3)

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / _____ residente a _____

in via _____ C.F.

in servizio presso la Scuola _____ di Nicosia in qualità di

DOCENTE ASS. AMM. COLL. SCOL. con rapporto di impiego a per l'A.S. ____ / ____

TEMPO DETERMINATO INDETERMINATO

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra (nome
disabile) _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / _____ residente a _____ con il 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:**

- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3°
grado:
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> non è coniugato; | <input type="radio"/> è separato legalmente o divorziato; |
| <input type="radio"/> è vedovo/a; | <input type="radio"/> è coniugato ma in situazione di abbandono; |
| <input type="radio"/> è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni
di età; | <input type="radio"/> ha uno o entrambi i genitori deceduti, |
| <input type="radio"/> è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie
invalidante; | <input type="radio"/> ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni
di età; |
| <input type="radio"/> è stato coniugato ma il coniuge è deceduto; | <input type="radio"/> ha uno o entrambi 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;
- 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)

Si allega:

- copia del verbale definitivo/provisorio 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 (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito)
- 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, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data ____ / ____ / _____

Firma del dipendente



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE
2° CIRCOLO " SAN FELICE "**

Largo San Vincenzo, n. 2 - 94014 NICOSIA (EN) – Tel. e Fax 0935/647464
Cod. Mec. : ENEE062002 – Cod. Fiscale: 81001950864
e-mail: enee062002@istruzione.it; enee062002@pec.istruzione.it;
sito istituzionale: <http://www.secondocircolonicosia.edu.it>

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il ____ / ____ / _____ residente
in _____ 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 in data ____ / ____ / _____ con verbale della Commissione Asl di _____;
- 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 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di ____ grado del richiedente in quanto _____
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra _____
nato a _____ il ____ / ____ / _____

Si allega copia di documento d'identità in corso di validità.

Nicosia, ____ / ____ / _____

FIRMA
