

DOMANDA DI AMMISSIONE AI PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/92

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "G. Tomasi di Lampedusa"
via Roma 1
92018 S. Margherita di Belice**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

dependente di questa Istituzione scolastica in qualità di _____

a tempo Indeterminato/Determinato, nella sede:

___ Santa Margherita di Belice (AG)

___ Montevago (AG)

___ Sambuca di Sicilia (AG)

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, c. 3, della Legge 104/1992 per assistere il/la Sig./ra:

Cognome e Nome _____ (coniuge / figlio / madre / padre/ _____)

nato a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____ residente a

_____ prov. _____ Via _____

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 non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Ministero F. P. n. 13/2010);
- che nessun altro familiare del disabile beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap (si allegano dichiarazione di tutti i congiunti del disabile);
oppure
- l'altro genitore: Sig./ra _____ , C.F. _____, non dipendente / dipendente presso _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
oppure
- il/la Sig./ra _____ , C.F. _____, non dipendente / dipendente presso _____ beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro beneficiario);
- 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;
- ❑ 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);

SOLO PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI DI 3° GRADO

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- ❑ non è coniugato/a;
- ❑ è vedovo/a;
- ❑ è senza figli;
- ❑ è separato legalmente o divorziato;
- ❑ è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ❑ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- ❑ 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;
- ❑ ha figli ma affetti da patologie invalidanti;
- ❑ ha figli deceduti.

Si allegano:

- Copia del verbale della 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;
- 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 presentare non appena disponibile);
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale propria e della persona con disabilità grave.
-

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
