

**OGGETTO: Richiesta concessione permessi retribuiti per prestare assistenza a persona handicappata in situazione di gravità ex Legge 104/92 ss. – A.S. 202\_/202\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_, in  
qualità di \_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione  
scolastica per il corrente a.s. 202\_/202\_ ai sensi e per gli effetti del CCNL scuola e della restante normativa  
di legge vigente in materia, con la presente

**CHIEDE**

Alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 (o comma 6), della legge 104/92 ai fini  
dell'assistenza del/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a a tal fine

**DICHIARA**

- 1) di essere in rapporto di parentela entro  il 1° o 2° grado oppure  il 3° grado con il/la sig./ra  
\_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e precisamente di essere \_\_\_\_\_  
(es. coniuge / figlio / genitore, etc.)  
di quest'ultimo/a;
- 2) di essere l'unico componente che presta assistenza nei confronti del/la sig./ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- 3) 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;
- 4) **(da compilare solo per assistenza a figli)**  
che l'altro genitore sig./ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ non dipendente / dipendente  
presso \_\_\_\_\_ non beneficia / beneficia dei permessi

giornalieri per lo stesso/a figlio/a con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensilmente di tre giorni complessivi tra i due genitori;

5) *(da compilarsi solo se il rapporto di parentela è entro il 3° grado)*

che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premesse esiste un rapporto di parentela/affinità entro il 3° grado (barrare la voce che interessa) e costui:

- non è coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
- è separato legalmente o divorziato/a;
- è coniugato/a, 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;

6) che 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;

7) che 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;

8) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave, in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso);

9) di autorizzare l'invio della presente comunicazione alle Autorità competenti, al fine di effettuare i dovuti controlli sulla veridicità di quanto sopra dichiarato, come previsto dalle vigenti norme;

10) di essere stato/a informato/a sul trattamento dei propri dati personali nonché di avere preso visione e/o ricevuto copia della *Nota informativa sul trattamento dei dati personali* (depositata e pubblicata in copia anche all'Albo e nel sito internet della scuola) e di autorizzare codesta Amministrazione scolastica al trattamento dei propri dati personali per le finalità riconosciute dalle vigenti disposizioni;

11) di impegnarsi a presentare a codesta Amministrazione singole richieste di permesso giornaliero (max 3 giorni al mese, anche continuativi) ogni qual volta sia necessario al sottoscritto/a richiedente con un preavviso di almeno cinque giorni e, comunque, per ogni altro caso previsto con esigenza da documentare;

12) di impegnarsi a presentare a codesta Amministrazione all'inizio di ciascuno mese e comunque entro il giorno tre del mese in cui si intenderà fruire dei permessi, programma di assistenza alla persona handicappata;

13) di allegare, a tal fine, la seguente documentazione (*specificare*):

Modello B

- a. Copia conforme all'originale o autenticata del Verbale della Commissione medica di verifica per l'accertamento dell'handicap rilasciata dalla Azienda sanitaria Prov.le competente;
- b. Fotocopia della Carta di identità della persona assistita;
- c. Fotocopia del Codice fiscale della persona assistita;
- d. Dichiarazione del soggetto disabile;
- e. \_\_\_\_\_

CON OSSERVANZA

NEPI, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

## DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

### DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con Verbale della commissione medica di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- (da compilare solo per assistenza a familiare)

di voler essere assistito **soltanto** dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

CON OSSERVANZA

NEPI, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)