

Prot. n° _____

Al Dirigente Scolastico

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
quest'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 è dipendente;
 - è 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 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso 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 fruiti 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 fruiti, 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.

Firma del dipendente

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA
DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt _____
nato/a a _____ (Prov _____) il ____/____/_____
C.F. _____ 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 con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- 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 digrado 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 soltanto dal Sig./ra _____
nato/a a _____ (Prov _____) C.F. _____
e residente a _____ (Prov _____).

Luogo e data _____

Firma

Oggetto: Dichiarazione dei parenti del disabile.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via _____
(grado di parentela) _____ del Sig. _____
familiare disabile, residente nel comune di _____ in via _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Ai sensi della Legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al _____ disabile per il seguente motivo:

_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne
beneficiato in precedenza.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Prot. n° _____

Al Dirigente Scolastico

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

quest'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 è dipendente;
 - è 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 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 consegue 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.
- 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.
- 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.

Firma del dipendente

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA
DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt _____
nato/a a _____ (Prov _____) il ____/____/____
C.F. _____ 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 con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- 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 digrado 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 soltanto dal Sig./ra _____
nato/a a _____ (Prov _____) C.F. _____
e residente a _____ (Prov _____).

Luogo e data _____

Firma

Oggetto: Dichiarazione dei parenti del disabile.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via _____
(grado di parentela) _____ del Sig. _____
familiare disabile, residente nel comune di _____ in via _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Ai sensi della Legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al _____ disabile per il seguente _____

_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne
beneficiato in precedenza.

Si allega copia del documento di riconoscimento.