***AL DIRIGENTE SCOLASTICO***

***dell’Istituto Comprensivo Ripalimosani “Alighieri” via Marconi, 19 – 86025 Ripalimosani (CB)***

*DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE*

*DISABILE*

*(LEGGE104/1992 ART.33 COMMA 3)*

**COGNOME E NOME**

………………………………………………………………………………………………………………..

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

# …………………………………………………………………………………………

**CODICE FISCALE**

**………………………………………………………………………………………..**

**COMUNE DI RESIDENZA**

# …………………………………………………………………………………………

**INDIRIZZO**

# …………………………………………………………………………………………

**DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA**

# …………………………………………………………………………………………

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…………………………C.F……………………………….e 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:

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

* l'altro genitore:

Sig./ra ……………………………………………………C.F……………………………………………………. non dipendente / 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; o 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; o è separato legalmente o divorziato; o è coniugato ma in situazione di abbandono; o 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;

* 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 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.

* 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)

* 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.

Data…………………

 Firma del dipendente

…………………………………….

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

## (DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt……………………………………………………………………………………….. 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 con verbale della

Commissione Asl di…………………………………………………….il…………………………………..; o 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……………….…………..CF……………………………………… ..e residente a ……………………………………..

Si allega copia del documento di riconoscimento n……………………………….rilasciato

da…………………………………………………….il……………………………………………………

Firma …………………………………

 Luogo e data………………………